

Doctorat Sciences Politiques et Economiques

La
Lutte Juridique
Antituberculeuse
en France

Thèse soutenue le 23 Novembre 1923, à 14 heures

par Guy Chatonet

Président de Thèse :

M. H. Berthélémy, Doyen de la Faculté de Droit de Paris

Suffragants :

MM. Rolland et Mestre



CHAUMONT

IMPRIMERIE ANDRIOT FRÈRES

1923

LA
LUTTE JURIDIQUE ANTITUBERCULEUSE
EN FRANCE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Doctorat Sciences Politiques et Economiques

La
Lutte Juridique
Antituberculeuse
en France

Thèse soutenue le 23 Novembre 1923, à 14 heures

par Guy Chatonet

Président de Thèse :

M. H. Berthélémy, Doyen de la Faculté de Droit de Paris

Suffragants :

MM. Rolland et Mestre



CHAUMONT
IMPRIMERIE ANDRIOT FRÈRES

1923



INTRODUCTION

Une des plus importantes questions de l'après-guerre est, sans contredit, celle de la natalité. Le nombre est un des facteurs essentiels, une des conditions primordiales de la puissance d'une nation. Il faut, pour qu'un pays demeure fort, que sa population s'accroisse, ou, que tout au moins, elle ne diminue pas, le chiffre des décès n'excédant pas celui des naissances. Or, à une époque où il conviendrait de combler tant de vides creusés par la guerre, nous constatons, avec une réelle angoisse, que la natalité en France est encore plus faible qu'en 1914...

A côté de cet inquiétant problème de la natalité, un autre, très étroitement lié à ce dernier, ne doit pas moins nous préoccuper aujourd'hui : nous voulons parler du problème soulevé par les grands fléaux qui, chaque jour, causent d'immenses ravages parmi les existences humaines. Il se pose chez nous avec une acuité d'autant plus vive, qu'un Etat à faible natalité comme la France a, plus que tout autre, besoin de res-

treindre, au minimum, sa morbidité et sa mortalité. Si l'on doit encourager fermement les naissances, il faut, d'abord, et avant tout, engager une lutte implacable contre ces maux terribles qui, inlassablement, font d'impressionnantes hécatombes.

Il faut arracher les tout petits à la mort, les adultes à la syphilis et à la tuberculose. S'il faut créer, il convient, surtout, de conserver. D'ailleurs, en résolvant le deuxième problème, on apporte, en partie, une juste solution au premier. D'une part, en effet, on possédera un plus « grand capital humain » sensiblement amélioré ; d'autre part, les générations futures bénéficieront largement de cette amélioration. Il ne nous suffit pas d'avoir de nombreuses naissances, il importe que ceux qui viennent au monde ne portent pas en eux des tares syphilitiques ou pré-tuberculeuses. Nous avons besoin de beaucoup d'enfants, mais il faut que ces enfants soient sains. La qualité doit plus nous préoccuper que la quantité : à une race nombreuse comptant une forte proportion de dégénérés, il faut en préférer une moins nombreuse, mais saine.

Il ne nous semble pas nécessaire d'insister davantage sur ce point, pour faire ressortir tout l'immense intérêt que présente ce deuxième problème, beaucoup trop considérable d'ailleurs, pour que nous nous permettions de l'étudier dans son ensemble. La mortalité infantile pourrait être l'objet de longs développements, la lutte contre le péril vénérien pourrait d'autant mieux être le sujet d'une autre thèse que, jusqu'ici, cette question est malheureusement trop restée dans l'ombre...

Nous parlerons, ici, de la tuberculose. Nous nous empressons d'ajouter que nous n'avons pas la prétention d'entreprendre une étude d'ensemble de ce sujet, aussi vaste que complexe. Nous ne nous occuperons que de la tuberculose vue sous l'angle juridique, très heureux si nous parvenons à dissiper quelques obscurités, d'avoir apporté à la lutte anti-tuberculeuse notre très modeste collaboration.

Il nous paraît cependant indispensable de nous écarter, pour un instant, de cette ligne de conduite. Il convient, en effet, pour mieux souligner l'insuffisance des textes d'avant-guerre qui visaient plus ou moins directement le tuberculeux ou la tuberculose, pour mieux faire comprendre l'impérieuse nécessité qui obligea le législateur, dès 1916, à poser les premiers jalons de la législation nouvelle avec la loi du 15 avril 1916, suivie, peu après, de celle du 7 septembre 1919, de montrer, très rapidement, dans un premier chapitre, l'étendue des ravages causés dans notre pays avant et pendant la guerre par la tuberculose, de donner un aperçu des faibles moyens matériels dont nous disposions pour enrayer les progrès du mal.

Ce n'est qu'après ce rapide exposé que nous examinerons, en France, l'action législative et administrative en matière de tuberculose.

Avant la guerre, tout d'abord, notre arsenal législatif était bien restreint, et nous sommes bienveillants en employant ce terme... La tuberculose, en effet, n'était visée, expressément, que dans un seul texte, d'ailleurs réglementaire : le décret du 10 février 1903, dans lequel

elle figure parmi les maladies dont la déclaration est facultative.

A côté de ce décret du 10 février 1903, nous nous trouvons en présence de trois lois ayant, d'ailleurs, une portée très générale et, de ce fait, ne concernant le tuberculeux ou la tuberculose qu'indirectement et toujours d'une façon très insuffisante.

Parmi ces trois lois, deux sont des lois d'assistance :

1° La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite ;

2° La loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables.

La troisième loi est une loi d'hygiène : c'est la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique.

Toutes les dispositions de cette loi du 15 février 1902 ne présentent pas un intérêt pour nous, aussi nous bornerons-nous à n'étudier que les articles qui visent les immeubles insalubres — le taudis étant à la base même de la tuberculose — la déclaration des maladies contagieuses et la désinfection. En parlant de ces deux mesures, qui ne sont pas appliquées à la tuberculose en France, nous serons amenés à traiter la question si controversée de la déclaration obligatoire de la tuberculose et à prendre parti dans le débat.

Les lois d'assistance attireront, tout d'abord notre attention et nous consacrerons notre deuxième chapitre à l'examen de la situation juridique du tuberculeux au regard de ces deux lois.

Puis, passant à la loi du 15 février 1902, nous traite-

rons, dans notre troisième chapitre, la tuberculose au regard de la loi d'hygiène.

Après avoir parlé des lois d'avant-guerre, nous dirons dans un quatrième chapitre — avant d'aborder l'étude de la législation anti-tuberculeuse actuelle — quelques mots des origines de ces lois spéciales aux tuberculeux : la guerre et les stations sanitaires.

Les deux chapitres suivants — (5^e et 6^e) — seront consacrés aux deux lois qui forment, aujourd'hui, la charte de l'action anti-tuberculeuse en France : la loi du 15 avril 1916 sur les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse (Loi Léon Bourgeois) et la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoria (Loi Honnorat-Merlin).

Nous examinerons ensuite, dans un septième chapitre, une des plus intéressantes questions posées par le péril tuberculeux : la lutte anti-tuberculeuse doit-elle revêtir un caractère obligatoire ?

Enfin, dans une courte conclusion, nous reprendrons les principales critiques que nous adressons à la législation actuelle et nous indiquerons les modifications essentielles qu'il conviendrait, à notre avis, d'apporter à cette législation pour que la lutte engagée contre le fléau devienne réellement effective.

PREMIER CHAPITRE

La tuberculose et la lutte anti-tuberculeuse en France avant et pendant la guerre

Avant la guerre, la tuberculose était déjà très développée en France. Les statistiques de 1906 à 1913 accusaient de 83.000 à 90.000 décès par an pour tuberculose. En 1913, sur 702.746 morts, 84.443 étaient causées par la tuberculose, soit une proportion de plus de 12 %.

Cette seule indication dit assez l'étendue des ravages que cette maladie exerçait dans nos rangs. Ce qu'elle ne dit pas — et ce qui est plus grave encore — c'est que ces ravages, la tuberculose les exerçait et les exerce, de préférence, à l'âge où l'homme est en pleine activité productrice, où la femme est le plus utile à l'enfant.

En effet, sur 84.000 personnes ayant succombé à la tuberculose, pendant cette même année 1913, 38.000, c'est-à-dire la moitié, ou pour être plus précis 44 % (1), étaient âgées de vingt à trente-neuf ans.

(1) En donnant ce pourcentage, nous nous montrons beaucoup plus précis que les statistiques elles-mêmes, forcément inexactes, la déclaration de la tuberculose n'étant pas obligatoire.

De quels moyens matériels disposions-nous, en 1914, pour enrayer les progrès de la tuberculose ? Quel était l'état de notre armement à cet égard ?

Quinze départements, seulement, possédaient, à la veille de la guerre, des dispensaires anti-tuberculeux. Ces dispensaires étaient au nombre de 46, dont 28 à Paris. On avouera que, par rapport aux 1.500 dispensaires ou organismes analogues que le Ministre de l'Intérieur allemand, M. Delbrück, pouvait citer, avec orgueil, au Congrès de la Tuberculose, en 1913, notre amour-propre national n'avait pas lieu de se déclarer très satisfait, d'autant plus que l'idée du dispensaire est française : elle a pris naissance en 1900 à Lille, le professeur Calmette en a été le promoteur (1).

Le dénombrement des établissements de cure n'aboutissait pas à des conclusions différentes. Au contraire, le nombre et l'importance des sanatoria en France étaient extrêmement faibles et la comparaison sur ce point encore, entre notre pays et l'étranger, n'était pas à notre honneur. La France, quelques mois avant la guerre, ne possédait que 12 sanatoria populaires. (Nous entendons par là ceux qui s'adressent plus spécialement aux classes pauvres ou peu aisées et qui reçoivent des malades à un prix très réduit ou même gratuitement.) Ces 12 sanatoria contenaient 4.162 lits.

Non seulement le nombre des sanatoria était ainsi singulièrement faible, mais il était encore à peu près stationnaire. A dix ans de date, les chiffres étaient

(1) Séance du 7 avril 1916. J. O. D. P. Chambre S. O. 1916, page 828.

presque les mêmes. Mettons en regard de ces données celles qui étaient relatives aux pays étrangers ; on verra que proportionnellement à leur étendue et à leur population, ils étaient presque tous mieux fournis que nous, et, surtout, qu'ils étaient tous en voie de progrès : les dates d'ouverture de la plupart des établissements montraient que là où il existait déjà des sanatoria, leur nombre tendait à augmenter ; que là où il n'y en avait pas, on tendait de plus en plus à en ouvrir. Nous empruntons les chiffres suivants à une étude du Docteur Guinard (1) :

En Allemagne, il existait, à la veille de la guerre, 146 sanatoria, dont 119 populaires ; le total des lits, pour ces deux catégories de sanatoria, s'élevait à plus de 16.000. 7 nouveaux établissements étaient en projet de construction.

En Grande-Bretagne, 69 sanatoria, dont 59 populaires et 14 hôpitaux spéciaux pour tuberculeux. La plupart des sanatoria comptaient, chacun, plus de 100 lits.

Le Danemark avait 13 sanatoria populaires et 32 hôpitaux spéciaux pour tuberculeux non sanatoriabiles ; la Norvège, 11 ; les Pays-Bas, 19 ; la Suède, 54, et la Suisse, 11, avec plus de 1.000 lits, sans compter ses 30 sanatoria privés avec plus de 2.000 lits.

Après avoir fait ce rapide recensement des rares dispensaires et sanatoria fonctionnant dans notre pays à la veille des hostilités, il convient maintenant de fixer notre regard sur la vague de tuberculose qui déferla, de

(1) Recueil des travaux de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, tome IV, page 234.

plus en plus furieusement, sur nos côtes de France de 1914 à 1919.

La guerre, en effet, aggrava le péril. Elle l'a aggravé au début chez les mobilisés, elle l'a aggravé ensuite chez les civils. Les raisons en sont aisées à comprendre :

L'Allemagne déclare la guerre. Son plan est connu. Ce qu'elle veut, c'est, par une marche rapide sur Paris, écraser la seule armée qui puisse l'empêcher de réaliser ses rêves ambitieux, car, à cette date, seule l'armée française est en état de lui tenir tête.

Pour répondre à l'appel de la Patrie en danger, tous les Français se présentent. On n'a pas le temps de faire un choix parmi eux. On les prend tous indistinctement, tels qu'ils figurent sur les listes de recrutement, sans autre souci que d'opposer à l'envahisseur des contingents assez nombreux pour lui barrer la route.

L'Angleterre, l'Italie et les Etats-Unis n'ont pas connu ces difficultés. Elles ont pu organiser leur armée à loisir. Le temps ne leur a pas fait défaut. Elles ont eu toute latitude pour n'admettre à porter l'uniforme que des hommes d'une résistance physique éprouvée. Mais la France, en 1914, n'avait pas le droit de s'attarder à ces préoccupations. C'est du jour au lendemain que, par un sursaut d'énergie sans exemple dans l'Histoire, il lui a fallu arrêter net la poussée de l'ennemi.

La conséquence n'en a pas moins été qu'au point de vue qui nous occupe, comme à tant d'autres, hélas ! les sacrifices que la guerre nous a coûtés sont sans comparaison avec ceux qu'ont eu à supporter les autres belligérants. Un an avant l'Armistice, après trois années

de guerre, par conséquent, 90.000 soldats étaient déjà exclus de l'armée française pour tuberculose (1).

En vain dira-t-on que ces sacrifices ont eu pour compensation un développement notable des forces physiques de nombre de tuberculeux légers ou pré-tuberculeux qui, sous l'influence heureuse de la vie au grand air, se sont petit à petit améliorés. Si fondée que soit l'observation, elle ne suffit pas à nous consoler de nos considérables pertes.

Si le mal put être conjuré, en partie, dans l'armée — comme nous le verrons dans notre chapitre 4 — il ne put en être de même dans la masse des civils.

Les raisons qui contribuèrent à propager le fléau dans les rangs de la population civile sont faciles à énumérer.

Signalons d'abord une cause générale : les fatigues, les misères, les chagrins pèsent lourdement sur les femmes, sur les vieillards, amoindrissent à la longue leur résistance physique, font d'eux des terrains tout préparés à l'éclosion ou à la réactivation des lésions tuberculeuses. Deux facteurs nouveaux sont venus, d'abord, se surajouter à cette première cause : la concentration urbaine et l'arrivée des réfugiés, dont les effets d'ailleurs s'entremêlent étroitement.

Les médecins et les hygiénistes qui ont cherché à déterminer les variations de la mortalité tuberculeuse selon les pays, les âges, les régions, n'ont pas manqué de signaler que le risque d'infection tuberculeuse va de pair avec le degré « d'urbanisation » ou, pour employer

(1) Séance du 14 décembre 1917. J. O. D. P. Sénat S. O. 1917, p. 1071.

une expression simple et plus claire, de concentration de la population des villes.

C'est ainsi que la mortalité tuberculeuse dans les communes de moins de 5.000 habitants était, en France (pour 1913), de 1,52 pour 1.000, celle des villes de 30.000 à 100.000 habitants s'élevait à 3,38 et celle de Paris à 3,85.

Or, la guerre a considérablement augmenté le nombre des individus qui vivent dans les grandes agglomérations urbaines ; les ruraux mobilisés dans un atelier ou un bureau militaire ont fréquemment entraîné avec eux leurs familles dans cet exode forcé ; attirées par les hauts salaires des usines travaillant pour l'armée, de nombreuses employées, ouvrières, domestiques ont quitté la campagne ou la bourgade pour venir s'installer à l'intérieur ou aux environs immédiats des grandes villes ; enfin, les réfugiés des régions envahies ou voisines de la ligne de feu ont, eux aussi, pour la plupart, cherché asile dans les centres peuplés avec l'espoir d'y trouver plus facilement une occupation...

Si l'on songe que le nombre des réfugiés de toute sorte ne fut pas inférieur à un million et demi — non compris le contingent des réfugiés belges — on se rendra compte du péril qui a pu résulter d'un pareil exode survenant brusquement dans un pays en guerre, dont toutes les forces actives étaient employées à soutenir le choc de l'ennemi ou à forger des armes pour ses défenseurs.

Comme il était naturel, cet afflux a déterminé une véritable congestion de certaines cités et, par suite du manque de locaux disponibles, l'entassement des nou-

veaux venus dans des installations de fortune insuffisamment pourvues d'air et de lumière.

En 1916, le mal devait prendre une extension nouvelle. Celle-ci fut causée par le rapatriement d'une grande partie de la population de nos départements envahis.

Les misères physiques et morales de l'invasion ont ruiné la santé d'un grand nombre de ces Français de la France occupée par l'ennemi. Elles ont fait apparaître, chez beaucoup d'entre eux, des lésions graves qui auraient exigé leur isolement. Mais comment pouvait-on empêcher qu'ils ne soient accueillis avec empressement par leurs parents ou leurs amis ? Les souffrances qu'ils avaient endurées ne permettaient guère de leur appliquer, à l'heure même de leur libération, toutes les mesures de prophylaxie qui s'imposaient : on fut obligé de ménager leur naturelle susceptibilité, d'éviter tout ce qui put les déprimer ou les froisser, et si, trop souvent, on restait avec eux désarmé devant le danger, c'est que, chez eux, ce n'était pas seulement le corps qui exigeait des soins...

Nous terminerons ce rapide exposé en ajoutant qu'après l'armistice deux nouvelles causes de propagation de la maladie devaient venir encore se surajouter à celles énumérées plus haut. La tuberculose, en effet, avait accompli de cruels ravages, d'abord parmi nos malheureux compatriotes qui, pendant la guerre, avaient supporté les pires privations de l'autre côté de la ligne de feu, ensuite parmi les centaines de milliers de défenseurs de notre sol tombés aux mains de l'Allemagne et détenus pendant plus de quatre ans dans ses camps, qui ont bien mérité tous les tristes qualificatifs qui leur ont été donnés.

CHAPITRE II

Le tuberculeux au regard des lois d'assistance des 15 juillet 1893 et 14 juillet 1905

I

Après avoir jeté ce coup d'œil sur les ravages considérables causés en France par le fléau ; après avoir constaté, sans difficulté, hélas ! que notre armement anti-tuberculeux était insignifiant, pour ne pas dire nul, examinons, maintenant, dans ce deuxième chapitre, quelle était, avant la guerre, l'action législative et administrative en matière de tuberculose.

Nous avons dit plus haut, dans notre introduction, quels sont les rares textes qui, à cette époque, visent, plus ou moins directement, la tuberculose et, parmi ces textes, les premiers qui retiendraient notre attention, ce sont les deux lois d'assistance des 15 juillet 1893 et 14 juillet 1905, dont nous nous bornerons à n'étudier que les dispositions ayant un rapport, plus ou moins lointain, mais réel cependant, avec le tuberculeux ou la tuberculose.

Quelle est, au point de vue juridique, la situation du tuberculeux au regard des lois générales d'assistance et, tout d'abord, au regard de la loi du 15 juillet 1893 ?

Aucune disposition de cette loi ne concerne spécialement le tuberculeux. Celui-ci est soumis au régime de droit commun, il est soigné comme tout autre malade. Nous nous empressons d'ajouter qu'aux termes de l'article 1^{er} de la loi de 1893, il faut que le tuberculeux soit privé de toutes ressources pour bénéficier de la loi. L'assistance médicale gratuite, en effet, n'est accordée qu'aux indigents. Le tuberculeux privé de toutes ressources est donc privilégié par rapport à celui qui en possède d'insuffisantes, et qui ne pourra, de ce fait, se procurer les soins médicaux et pharmaceutiques nécessaires.

Il est vrai que, souvent, dans la pratique, les membres des Bureaux d'assistance ou de bienfaisance et ceux des Conseils municipaux — qui ont toute latitude pour statuer sur les demandes — n'interprètent pas le mot « privé de ressources » d'une façon trop stricte et font bénéficier de l'assistance médicale gratuite des tuberculeux ne possédant que de faibles et insuffisantes ressources. Dans ces cas-là, le tuberculeux dépend de la plus ou moins grande bienveillance des membres de ces assemblées, bienveillance qui sera fonction en général des ressources et des charges de la commune, bien qu'en matière d'assistance, les communes les plus riches ne soient pas toujours les plus généreuses. Si, après avis des bureaux d'assistance ou de bienfaisance, les Conseils municipaux rejettent la demande du tuberculeux, ce

dernier aura la faculté de faire appel de cette décision devant la Commission cantonale, cour souveraine en la matière. Disons, en passant, qu'à notre avis il est profondément regrettable que cette Commission cantonale soit composée de membres élus — Conseiller général, Conseiller d'arrondissement — qui n'ont pas plus d'indépendance vis-à-vis des Municipalités que vis-à-vis des intéressés, électeurs eux aussi.

Il est regrettable, également, que dans cette Commission ne trouve place ni le percepteur, ni le receveur de l'Enregistrement qui, souvent, pourraient donner des renseignements utiles sur la situation matérielle des pétitionnaires.

Cette Commission, actuellement, manque donc à la fois d'indépendance et de compétence. Pour y remédier, il conviendrait, selon nous, d'y faire entrer des délégués préfectoraux non pourvus de mandats électifs — et, de ce fait, non suspects de partialité — et les fonctionnaires du Ministère des Finances nommés plus haut.

Une fois admis à bénéficier de la loi du 15 juillet 1893, le tuberculeux recevra, à son domicile, des soins médicaux et, en vertu de l'article 26 de la loi, les produits pharmaceutiques dont il aura besoin ; il sera admis à l'hôpital si la gravité de son cas nécessite cette mesure.

Le certificat médical, d'ailleurs, concluant à cette hospitalisation, ne sera rédigé, la plupart du temps, qu'au moment où l'état de l'individu sera désespéré et ce n'est pas un malade conservant des chances de guérison, mais un moribond, qui sortira d'un taudis pour entrer à l'hôpital où il agonisera bientôt.

Cette assistance médicale gratuite est non seulement restreinte, mais ceux qui peuvent en bénéficier n'en tirent aucun profit. Le tuberculeux indigent, en effet, soigné à domicile, ne verra pas son état de santé s'améliorer. Ce n'est pas dans sa mansarde qu'il respirera le grand air dont ses poumons malades auraient tant besoin, et il ne recevra pas la nourriture abondante et saine, plus précieuse pour lui que tous médicaments.

Si le tuberculeux ne fait pas un seul pas en avant dans la voie de la guérison, par contre, les personnes qui vivent dans son entourage, plus ou moins immédiat, risquent de voir leur santé gravement compromise, car, tout autour du tuberculeux contagieux, le mal va accomplir ses ravages.

Transporté à l'hôpital, non seulement le tuberculeux n'améliorera pas sa santé, mais encore, dans ce nouveau milieu, il va devenir plus dangereux encore que dans son taudis. Dans les hôpitaux, en effet, les tuberculeux à un degré extrême sont en contact immédiat avec les autres malades, comme le prouvent trop clairement, hélas ! les paroles suivantes que prononçait, en 1903, le Docteur Armaingaud, à une séance de la Commission permanente de la préservation contre la tuberculose (1) :

« La tuberculose est une maladie contagieuse et,
« cependant, nous laissons, dans chaque salle d'hôpital,
« trente malades atteints d'angine, d'entérite, d'affec-
« tions cardiaques, d'anémie et de toutes les formes les
« plus variées de la misère physiologique et offrant la

(1) Recueil des travaux de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, tome I, page 48.

« plus accueillante réceptivité, en communauté d'atmosphère intérieure avec les douze ou quinze autres malades qui répandent autour d'eux les germes tuberculeux.

« La tuberculose est une maladie contagieuse et, cependant, nous permettons que les mêmes médecins, les mêmes infirmiers, qui sont en contact constamment répété avec les tuberculeux et avec les objets qu'ils ont pu souiller, puissent passer, plusieurs fois par jour, du contact de ces tuberculeux au contact des autres malades de la même salle.

« Enfin, la tuberculose est une maladie infectieuse qui ne peut être rationnellement et utilement traitée qu'en assurant aux patients un air pur constamment et méthodiquement renouvelé de jour et de nuit, en y ajoutant, avec une bonne nourriture, le repos et le sommeil calme. »

Le Docteur Armaingaud montre, ensuite, que cet air pur, cette bonne nourriture, ce repos, le tuberculeux ne peut les trouver dans les hôpitaux, et il conclut en disant :

« Nous prétendons arracher à la tuberculose ceux qui en sont atteints et nous ne faisons que la procurer à ceux qui en étaient exempts. »

Malgré les circulaires du Ministre de l'Intérieur et des Cultes des 15 juin 1901 et 15 janvier 1904, on ne procède que fort peu à l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux. Les prescriptions ministérielles restent, le plus souvent, lettre morte, comme le montre clairement un rapport de l'Inspection générale du Ministère de l'Inté-

rieur, rédigé plusieurs années après l'envoi de ces circulaires impératives. Nous lisons, dans ce rapport paru au *Journal Officiel* du 6 décembre 1910 :

« La séparation des hospitalisés atteints de tuberculose, séparation dont la nécessité a été rappelée aux administrations hospitalières par les circulaires des 15 juin 1901 et 15 janvier 1904, est loin d'être réalisée : sur 150 hôpitaux à propos desquels il est fait mention dans les rapports d'inspection de l'application de cette mesure, 50 seulement présentent des locaux affectés aux tuberculeux. »

Même à l'heure actuelle, cet isolement est loin d'être atteint dans tous nos hôpitaux qui recueillent encore les tuberculeux incurables, les sanatoria créés par la loi du 7 septembre 1919 étant strictement réservés aux tuberculeux curables.

En toutes circonstances, la routine et l'inertie sont fâcheuses. En cette circonstance particulière, la routine et l'inertie sont non seulement fâcheuses, elles sont aussi profondément coupables. Nous souhaitons vivement qu'un texte de loi sanctionne, enfin, cet isolement des tuberculeux incurables qui, ne pouvant être admis dans les sanatoria, constituent comme par le passé — les circulaires restant toujours lettre-morte — un véritable danger pour tous les autres malades de l'hôpital.

Malgré ce lamentable état de choses, la question du sanatorium — qui ne peut remédier dans tous les cas à ce manque d'isolement dans les hôpitaux, puisque le sanatorium n'admet pas tous les tuberculeux — était rarement posée à cette époque d'avant-guerre.

Cependant, si le législateur de 1893 avait oublié de parler du sanatorium, les expériences faites à l'étranger soulignaient suffisamment déjà cette lacune de notre législation en établissant nettement l'utilité du sanatorium.

C'était là que le tuberculeux léger trouvait la guérison. Le tuberculeux plus sérieusement atteint, en sortait, sinon guéri, du moins presque toujours amélioré. Pendant son séjour au sanatorium, il n'avait pas été un élément de contagion, et quand il quittait cet établissement, grâce aux habitudes d'hygiène qu'il y avait contractées, il n'était plus un danger pour la société.

II

Après avoir parlé de la loi du 15 juillet 1893, examinons maintenant la situation du tuberculeux au regard de la loi du 14 juillet 1905, relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources.

Jusqu'en 1905, le tuberculeux admis à l'assistance médicale gratuite n'a droit qu'aux soins médicaux et aux médicaments ; on ne lui vient pas en aide pécuniairement.

Grâce aux dispositions de la loi du 14 juillet 1905, le tuberculeux, dans certains cas, pourra bénéficier d'une allocation mensuelle et aussi de l'hospitalisation que cette loi envisage également.

Dans certains cas, en effet, car, pour prétendre à ces subsides, le tuberculeux doit être incurable, ce qui suppose à la fois que le mal est entré dans la phase aiguë et que la gravité de son état empêche le malade de se procurer par le travail les ressources nécessaires à son existence.

Les lois des 15 juillet 1893 et 14 juillet 1905, bien qu'étant toutes deux des lois d'assistance, sont nettement distinctes l'une de l'autre, la deuxième n'était pas forcément le complément de la première. Le tuberculeux — en tant que tuberculeux léger — peut bénéficier des avantages de la loi du 15 juillet 1893, sans pouvoir obtenir, cependant, ceux de la loi du 14 juillet 1905. Mais à un tuberculeux qui rentre dans les cadres de la loi de 1905, on accordera toujours l'assistance médicale gratuite, ce qui peut présenter, pour lui, un réel intérêt.

La loi du 14 juillet 1905 prévoit, en effet, en même temps que l'allocation, l'hospitalisation, mais seule l'allocation est obligatoire pour les communes ; l'hospitalisation ne l'est pas et ceci résulte — peu nettement, il est vrai — de l'article 8 de la loi. Le tuberculeux qui ne bénéficie que de l'allocation et non de l'hospitalisation, ne peut pas plus se pourvoir devant la Commission cantonale que devant la Commission centrale, Cour suprême créée par la loi du 30 décembre 1908, qui a modifié l'article 17 de la loi du 14 juillet 1905. En vertu des dispositions de la loi du 15 juillet 1893, le tuberculeux alors pourra — comme nous venons de le voir plus haut — se faire hospitaliser si son état est vraiment grave. Dans ce cas, son allocation lui sera retirée dès son entrée à l'hôpital.

Le taux de l'allocation mensuelle prévu à l'article 20 de la loi est très faible ; il est fixé par les communes entre 5 et 20 francs, et, pour que le tuberculeux puisse recevoir ce secours, il faut qu'il ne dispose d'aucune ressource. Au cas contraire, « la quotité de l'allocation est diminuée du montant de ces ressources ».

Ces tarifs n'ont pas été relevés depuis la guerre et, malgré une majoration provisoire de 10 francs accordée par l'Etat, ces secours sont aujourd'hui insuffisants. Que peut faire, en effet, à l'heure actuelle, un tuberculeux n'ayant que de 15 à 30 francs par mois pour subvenir à son existence ?

Ces deux lois d'assistance des 15 juillet 1893 et 14 juillet 1905, dues à de généreuses initiatives, marquent, au point de vue social, un progrès réel sur le régime antérieur. Ces lois, nous le reconnaissons, sont très précieuses pour la grande majorité des malades, atteints de maladies aiguës qui nécessitent un traitement de courte durée, mais on est obligé d'admettre — et ce que nous venons de dire le montre suffisamment — que ces lois, en matière de tuberculose, sont tout à fait inopérantes.

Ces lois d'assistance étant toujours en vigueur, nous les retrouverons plus loin ; nous dirons alors quels correctifs puissants il conviendrait de leur donner selon nous, pour que le maigre appoint qu'elles ont apporté jusqu'alors dans la lutte anti-tuberculeuse, soit transformé en une aide véritablement efficace.

CHAPITRE III

La tuberculose au regard de la loi d'hygiène du 15 février 1902

Après avoir examiné quelle était la situation du tuberculeux au regard des lois générales d'assistance, examinons maintenant la loi d'hygiène du 15 février 1902 dans ses rapports plus ou moins directs avec la tuberculose.

La loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, vise spécialement, tout d'abord, le taudis et le taudis, tout comme la syphilis et l'alcoolisme, est à la base même de la tuberculose.

Ainsi consacrerons-nous la première partie de ce chapitre à examiner les articles 12 à 19 concernant les immeubles insalubres.

Les dispositions de la loi du 15 février 1902, relatives à la déclaration des maladies et à la désinfection, nous intéressent aussi d'une façon toute particulière. Ces deux mesures, qui ont entre elles des rapports très étroits, ne sont pas appliquées en France en matière de tuberculose.

En parlant d'elles, dans la deuxième partie de ce chapitre, nous serons amenés à traiter la question si controversée de la déclaration obligatoire de la tuberculose et à prendre parti dans le débat.

Avant la loi du 15 février 1902, l'article 97, alinéa 6, de la loi du 5 avril 1884, confiait déjà aux maires « le soin de prévenir par des précautions convenables les maladies épidémiques ou contagieuses ». Ce paragraphe embrassait d'une façon trop générale tout ce qui avait trait à la fois à l'hygiène et à la santé publique : ce texte, très vague en effet, ne nous disait pas quels étaient les pouvoirs du Maire et quelles mesures ce dernier pouvait prendre pour assurer cette salubrité publique.

La loi du 15 février 1902 apporta ces indispensables précisions que nous trouvons dans les articles 11 à 19 de la loi, qui visent les logements insalubres dont nous nous occuperons tout d'abord.

Aucune habitation, aux termes de l'article 11, ne peut être construite dans les agglomérations de 20.000 habitants et au-dessus sans une autorisation du Maire constatant que les conditions de salubrité prescrites par le règlement sanitaire prévu par la loi sont observées dans le projet de construction.

Les articles 12 à 19 de la loi concernent les logements insalubres régis antérieurement par la loi du 13 avril 1850, abrogée par l'article 31 de la loi nouvelle.

Aux termes de ces articles, le Maire paraît bien armé pour lutter avec succès contre le taudis pouvant, d'accord avec la Commission sanitaire, prescrire dans les maisons insalubres des travaux d'assainissement,

pouvant interdire l'habitation de tout ou partie de l'immeuble. En cas d'inexécution des prescriptions, il peut être autorisé par les tribunaux à faire exécuter d'office les travaux ou à faire expulser les habitants des locaux interdits aux frais, risques et périls des propriétaires.

L'article 18 rappelle, enfin, qu'en vertu de la loi du 3 mai 1841, la commune peut aller jusqu'à l'expropriation des logements insalubres, lorsque l'insalubrité est le résultat de causes extérieures et permanentes ou lorsque les causes d'insalubrité ne peuvent être détruites que par des travaux d'ensemble.

La loi du 17 juin 1915, modifiant l'article 18, rend aux communes cette expropriation plus facile, moins onéreuse et l'étend à tous les immeubles insalubres, quelles que soient les causes de leur insalubrité.

L'application stricte de la loi du 15 février 1902 paraissait donc armer suffisamment les autorités administratives pour leur permettre de faire disparaître toutes les causes d'insalubrité, qu'il s'agisse d'un quartier d'une ville, ou d'une maison isolée.

Cependant, ces diverses dispositions n'ont pas donné les effets bienfaisants qu'on pouvait en attendre, et cela, en premier lieu, parce que le législateur de 1902, en faisant du règlement communal d'hygiène le pivot de l'application de la loi sur la protection de la santé publique, a trop méconnu l'incompétence habituelle (très compréhensible d'ailleurs) et surtout la situation très délicate dans laquelle se trouvent les magistrats municipaux vis-à-vis de ceux de leurs électeurs à l'égard de qui s'imposent certaines contraintes. Aussi, les Maires

n'interviennent qu'exceptionnellement, et les articles 12 à 18 de la loi restent presque toujours lettre morte, car ce ne sont pas les voisins de l'immeuble insalubre ou les locataires incommodés, comme le fait très judicieusement remarquer M. Henry Berthélemy (1), qui saisiront la Commission sanitaire :

« Il est rare que l'insalubrité d'un logement ait des
« inconvénients pour le voisinage. Quant aux locataires,
« ils trouveront ordinairement plus simple de démé-
« nager, puisqu'ils y seraient contraints si leur dénon-
« ciation recevait les suites que la loi prévoit. »

Mais d'autres critiques peuvent être adressées à la loi : à l'article 11 d'abord. D'après l'article 11, aucune habitation ne peut être construite sans un permis du Maire constatant que dans le projet qui lui a été soumis, les conditions de salubrité prescrites par le règlement sanitaire sont observées. Mais ce n'est que dans les agglomérations de 20.000 habitants et au-dessus que ce permis est exigé. Il est regrettable que ce chiffre de 20.000 n'ait pas été abaissé à 5.000, par exemple, car le taudis n'est pas à craindre seulement dans les villes de 20.000 habitants et plus.

D'autre part, dans un certain nombre de législations étrangères, il faut, en plus du permis de construction, un permis d'habitation constatant que l'architecte ou l'entrepreneur a bien exécuté tout ce qui était indiqué sur le plan. Cette mesure est très sage, car le permis de construction, s'il n'est pas sanctionné par un contrôle

(1) Traité de Droit administratif, 8^e édition, page 350, note n° 3.

préalable à la délivrance du permis d'habitation, ne peut avoir la moindre portée. Avec la législation actuelle, en effet, un architecte ou un entrepreneur peu consciencieux peut impunément, après réception du permis, modifier complètement les plans de l'immeuble qu'il doit construire.

Il est fâcheux que notre Parlement ne se soit pas engagé dans cette voie, suivant l'exemple de l'Italie, de certains Etats de l'Allemagne, de l'Angleterre et des Etats-Unis. Dans ce dernier pays, on ne peut habiter un immeuble nouvellement construit qu'après un certain délai, lorsqu'il n'est plus humide.

Enfin, le législateur de 1902, en rédigeant l'article 18 de la loi, avait fait preuve, envers les propriétaires d'immeubles insalubres, d'une stupéfiante bienveillance !

Aux termes de cet article 18, en effet, l'expropriation des taudis fut soumise aux dispositions générales de la loi du 3 mai 1841 et non à des dispositions spéciales, sévères mais justes, enfin imposées par la loi du 17 juin 1915.

Jusqu'à cette date, les Municipalités ne pouvaient que très difficilement exproprier les taudis. Elles se heurtaient, en effet, d'une part, à des obstacles d'ordre financier, et, d'autre part, à des obstacles plus insurmontables encore, résultant des dispositions mêmes de l'article 18 n'envisageant l'expropriation que dans certaines conditions ; celles-ci, la plupart du temps, ne pouvant être remplies.

Des obstacles d'ordre financier d'abord : si nous avons regretté, tout à l'heure, que les municipalités, toujours

plus ou moins incompetentes et dependantes, manquaient d'initiative et laissaient les articles 12 à 18 de la loi inappliqués, en matière d'expropriation, c'était aussi en grande partie à l'incertitude qui pesait sur les conséquences financières des opérations qu'il aurait été nécessaire d'entreprendre, qu'il convenait d'attribuer, souvent, cette complète inertie.

Instruites tantôt par leur expérience propre, tantôt par celle des villes voisines, les Assemblées communales s'effrayaient des aléas que comportait toute expropriation pour cause d'utilité publique. Elles reculaient devant les exigences des propriétaires, comme devant les indemnités trop larges que les jurys d'expropriation leur accordaient ; elles ne voulaient pas être exposées à verser un prix d'acquisition d'autant plus élevé que l'immeuble exproprié était abusivement surpeuplé et, dès lors, elles finissaient par abandonner, sous l'empire de cette préoccupation, les projets de lutte contre le taudis.

En premier lieu, il importait donc que toute maison reconnue insalubre ne puisse être payée au-dessus de sa valeur réelle, et ce résultat ne pouvait être atteint que si le législateur, cessant d'assimiler, en tous points, l'expropriation des taudis à l'expropriation pour cause d'utilité publique, établissait sur des bases nouvelles le calcul de l'indemnité à payer au propriétaire de l'immeuble insalubre.

Obstacles résultant des dispositions de l'article 18, ensuite : il fallait, en effet, aux termes de cet article, que l'insalubrité fut le résultat de causes extérieures et

permanentes ou qu'elle ne puisse être détruite que par des travaux d'ensemble pour que l'expropriation puisse être envisagée. L'expropriation ne pouvait atteindre, par conséquent, les immeubles insalubres pour des causes intérieures et les immeubles isolés, que l'insalubrité résulte de causes extérieures ou intérieures.

De ce fait, il ne pouvait être que très rarement question d'exproprier les taudis, ceux-ci étant presque toujours inhabitables, non pas pour des causes extérieures permanentes ou non, comme nous l'expose M. Juillerat dans un rapport présenté à la Commission permanente de préservation contre la tuberculose (1), mais pour des causes intérieures.

D'autre part, il n'est pas nécessaire, dans tous les cas, d'entreprendre des travaux d'ensemble pour faire disparaître le taudis. Bien souvent, en effet, l'expropriation peut être limitée à la maison elle-même, les maisons voisines étant tout à fait saines.

Les dispositions des articles 12 à 18 ne suffisaient pas pour atteindre ces immeubles isolés, car les articles 12 à 18 ne prévoient que des réparations qui souvent, si importantes soient-elles, ne peuvent faire disparaître, nous venons de le voir, ces causes d'insalubrité.

Il fallait, par conséquent, en second lieu, pouvoir exproprier aussi bien l'immeuble isolé que les groupes d'immeubles, qu'ils soient insalubres pour des causes extérieures ou intérieures.

Il était donc nécessaire de modifier l'article 18 de la

(1) Recueil des travaux de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, tome III, pages 65 et suivantes.

loi du 15 février 1902. Dès 1904, M. Jules Siegfried déposait à la Chambre des Députés une proposition de loi qui fut, à plusieurs reprises, modifiée tant par la Chambre des Députés que par le Sénat. La loi était enfin promulguée le 17 juin 1915.

Le législateur de 1915 s'est enfin aperçu qu'il y a entre l'expropriation pour cause d'utilité publique et l'expropriation pour cause d'insalubrité, des différences fondamentales.

Dans l'expropriation pour cause d'utilité publique, la partie expropriante a besoin de l'emplacement même de l'immeuble qu'elle exproprie. Cet emplacement lui est nécessaire pour réaliser le but qu'elle se propose : ouverture d'une rue, construction d'un édifice public, etc.

En matière d'expropriation pour cause d'insalubrité, la partie expropriante n'a nullement besoin de la propriété pour un usage déterminé. Elle se trouve en présence d'un propriétaire qui, par ignorance, incurie ou cupidité, a laissé sa maison arriver à un degré d'insalubrité telle que la santé des habitants, et quelquefois celle des voisins, se trouvent en danger. Le remède à cet état de choses est connu, déterminé. Le propriétaire peut, par l'exécution des travaux prescrits, rendre sa maison inoffensive, ou bien, si elle est totalement inhabitable, il lui est loisible de l'utiliser autrement que comme logement ; il peut en faire des dépôts, des magasins, des écuries... Les travaux à faire lui incombent complètement et personnellement.

Si la commune intervient, alors, c'est pour se substituer à un propriétaire récalcitrant ou impuissant, et

dans l'intérêt supérieur de la santé publique. Le droit d'expropriation, dans ce cas, n'est pas autre chose que la consécration du droit que la loi, dans ses articles 12 à 18, reconnaît à la commune d'agir aux lieu et place du propriétaire. La commune achète une maison, non parce qu'elle en a besoin, mais parce qu'il faut faire disparaître un foyer d'infection ou de contagion et que le propriétaire est incapable, volontairement ou non, de le faire. Il serait exorbitant que le propriétaire put tirer de cette méconnaissance de la loi un bénéfice pécuniaire !

A l'heure actuelle, et c'est la partie la plus intéressante de la réforme, l'immeuble insalubre ne sera plus payé au-dessus de sa valeur réelle. Le calcul de l'indemnité à payer au propriétaire de l'immeuble insalubre est établi sur des bases nouvelles très équitables. Des experts déduisent, en effet, de la valeur vénale de l'immeuble à acquérir la dépense qu'exigeraient les travaux à faire à l'immeuble pour le rendre salubre.

Les Municipalités peuvent donc maintenant, si elles veulent se servir des armes offertes par la loi du 17 juin 1915, exproprier des taudis sans avoir à craindre que cette opération puisse avoir pour elles des conséquences financières aussi redoutables.

Grâce aussi à la loi du 17 juin 1915, qui simplifie beaucoup la procédure de l'expropriation pour cause d'insalubrité, les communes peuvent, dans tous les cas, procéder à l'expropriation du taudis. La nouvelle loi ne spécifie plus, en effet, que l'expropriation ne peut avoir lieu que si l'insalubrité est le résultat de causes extérieures et permanentes ; elles laisse donc aux communes

toute latitude pour exproprier des taudis insalubres pour des causes intérieures (1).

En lisant le premier § du nouvel article 18, on peut craindre que seuls les groupes d'immeubles ou quartiers continuent à être visés par les dispositions de la loi du 17 juin 1915, et que l'immeuble isolé, comme par le passé, ne soit passible d'aucune expropriation. L'article 2 heureusement nous rassure pleinement. Cet article 2 autorise également les Municipalités à exproprier le taudis isolé ; il est vrai que celles-ci ne peuvent recourir, « de plano », à l'expropriation ; elles doivent, au préalable, combattre avec les armes que les articles 12 à 18 leur fournissent.

Ces modifications heureuses apportées à la loi du 15 février 1902 ne suffisent pas, et les modifications que nous souhaitons ne suffiraient pas pour faire de la loi du 15 février 1902 une loi très efficace.

En ce qui concerne l'expropriation, tout d'abord, il faut bien reconnaître que celle-ci, même à l'heure actuelle, n'est pas à la portée de toutes les communes ; si les conséquences financières ne sont plus aussi redoutables, elles sont encore bien lourdes pour beaucoup de budgets municipaux !

Et puis, exproprier n'est-ce pas signifier à tous les pauvres gens, condamnés à vivre dans les taudis, qu'ils doivent déménager ? N'est-ce pas multiplier les exodes de ces familles qui errent dans les rues sans savoir où se loger ? Conséquences pénibles qui faisaient dire à

(1) Nous avons fait remarquer, plus haut, que, dans la plupart des cas, l'insalubrité provenait de causes intérieures et non extérieures.

M. Honnorat, rapporteur de la loi devant la Chambre des Députés, à la séance du 19 mars 1912 (1) : « Nous n'avons pas le droit de faire sortir du taudis qui les empoisonne et les démoralise, les malheureux qui y vivent, sans savoir où ils pourront aller abriter leur détresse ».

Il est donc indispensable que les Municipalités qui prévoient l'assainissement de leur ville, prévoient en même temps la construction de maisons à bon marché. Il ne suffit pas de supprimer l'immeuble insalubre, il faut le remplacer par un immeuble salubre. Le problème posé par le taudis ne peut avoir d'autre solution.

Enfin, malgré toutes ces modifications, l'erreur initiale n'en subsisterait pas moins.

Cette erreur, nous l'avons déjà dit, consiste à donner tous les pouvoirs de police sanitaire au Maire, sans placer auprès de ce magistrat un fonctionnaire auquel on ne pourrait adresser le reproche de manquer, soit de compétence technique, soit d'indépendance.

L'article 19 de la loi a bien rendu obligatoire la création des bureaux d'hygiène dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, mais ces villes n'ont pas toujours une population suffisante pour permettre au directeur de ce bureau d'hygiène, directement sous les ordres du maire, de se donner entièrement à ses fonctions et de recevoir une rémunération en rapport avec le temps qu'il leur consacre.

Cet article 19, qui a rendu obligatoire la création des

(1) Séance du 19 mars 1912. J. O. D. P. Chambre S. O. 1912, page 804.

bureaux d'hygiène, mentionne comme facultative celle des inspections départementales. Il est à regretter que le législateur de 1920 n'ait pas fait, dans une certaine mesure, le contraire.

Beaucoup de départements, heureusement, ont confié tout d'abord à l'Inspecteur de l'Assistance le soin de s'occuper également de la santé publique, puis plus tard, ce qui constitue un réel progrès sur le régime antérieur, ont créé des emplois spécialisés d'inspecteurs d'hygiène. Mais cet Inspecteur départemental, à l'heure actuelle, n'a ni l'indépendance nécessaire à des fonctions qui comportent de l'initiative, ni une suffisante liberté de mouvements.

Il voit peu le Préfet, absorbé par de multiples questions et qui n'a pas toujours, lui aussi, toute la compétence technique souhaitée ; il est, surtout, en rapport avec le Chef de division, placé entre lui et le Préfet, vis-à-vis duquel il se trouve dans une sorte de subordination de fait.

Quant au Ministère, il ignore les Inspecteurs, au point de ne pas savoir, toujours, dans quels départements ils se trouvent, et lorsque ceux-ci rencontrent dans leurs services des difficultés que pourrait contribuer à aplanir l'intervention d'en haut, cette intervention ne se produit pas, parce que l'on considère qu'il s'agit d'un fonctionnaire départemental.

Le Ministère n'a pas tenu, jusqu'ici, assez compte que l'Etat paye, par le jeu des barèmes applicables aux frais de fonctionnement de la loi de 1902, une part importante du traitement de ces fonctionnaires ; il semble même

l'oublier à ce point qu'il laisse les départements fixer à leur gré des chiffres de traitement passablement disparates, que son intervention financière lui donnerait cependant le droit de connaître et de contribuer à déterminer.

Ces diverses constatations expliquent le rendement jusqu'ici très insuffisant des inspections départementales d'hygiène. Elles montrent, également, la voie dans laquelle il faut s'engager pour tirer un tout autre parti d'une institution appelée à remédier, dans une large mesure, aux imperfections de la loi. Désireux d'atteindre ce résultat, les auteurs d'un récent projet de loi rapporté par M. le D^r Jules Renault, voulaient substituer à l'organisation départementale, une organisation régionale.

Chaque région, ayant à sa tête un Inspecteur régional disposant d'un pouvoir très étendu, devait être divisée en circonscriptions sanitaires, ayant chacune à sa tête un médecin sanitaire.

Dans ce projet de loi actuellement abandonné, il n'était fait mention ni des Maires, auxquels la loi de 1902 a fait une part évidemment trop grande, ni des Préfets.

Nous trouvons, dans un rapport de M. Faivre (1), les raisons qui justifient l'échec de ce projet.

« S'il existe des régions militaires, des régions universitaires, il ne peut exister de régions sanitaires. Les organisations régionales, en effet, qu'elles soient militaires, universitaires ou autres, se superposent,

(1) Rapport présenté par l'Inspection générale des Services administratifs, 1921, page 116.

« en quelque sorte, à l'organisation administrative
« générale, sans la pénétrer et en conservant, vis-à-vis
« d'elle, une grande indépendance.

« Mais, lorsqu'il s'agit d'assurer la protection contre
« les maladies contagieuses, l'isolement, la désinfection,
« l'assainissement des immeubles... on constate aussitôt
« l'impossibilité de se passer du concours des services
« départementaux, municipaux, hospitaliers, et l'on est
« amené à se demander ce que l'organisation autonome,
« que l'on prétendait instituer, serait en mesure de
« réaliser, dès lors qu'obligée de compter exclusivement
« sur elle-même, elle ne pourrait faire appel aux forces
« constituées en application des lois organiques, lois
« dont il est non moins impossible de faire abstraction ? »

Sans aller aussi loin que les auteurs de ce projet, nous espérons que la proposition de loi de M. le Sénateur D^r Pottevin, déposée à la suite du vœu émis par M. le D^r Dequidt (1), tendant à modifier l'article 19 de la loi du 15 février 1902 en rendant obligatoire l'Inspection départementale, sera favorablement accueillie par notre Parlement.

Il serait à souhaiter que les Inspecteurs départementaux d'hygiène aient un statut et que ce statut fasse du fonctionnaire technique, non pas un Inspecteur, mais le Directeur des Services départementaux d'hygiène, tout comme l'est en fait, dans la plupart des départements, l'Inspecteur de l'Assistance, en ce qui concerne les enfants assistés.

(1) Rapports de MM. E. Sergent et Guilhaud, Commission permanente de préservation contre la tuberculose, 1919, page 10.

Il devrait, comme celui-ci, avoir sous ses ordres le personnel administratif nécessaire.

Le Directeur départemental d'hygiène devrait, évidemment, relever du Préfet, mais il devrait, au point de vue technique, relever directement du Ministre. Ce dernier aurait donc, ainsi, dans chaque département, un représentant qualifié et indépendant. Avec ce Directeur départemental d'hygiène, il serait aisé alors de remédier aux inconvénients dus à l'erreur du législateur de 1902.

Il suffirait de l'intervention de ce Directeur départemental d'hygiène, agissant en vertu d'un arrêté réglementaire pris par le Préfet, en application de l'article 99 de la loi du 5 avril 1884, vis-à-vis de l'ensemble des communes du département, pour décharger le Maire de contraintes qui lui sont si pénibles, qu'il préfère ne pas les imposer, et ainsi faciliter grandement l'application des dispositions qui, aujourd'hui, restent presque toujours lettre morte. Dans certains cas, même où le Maire devrait exercer personnellement ses pouvoirs, il le ferait à la requête du Préfet, sur le rapport du Directeur départemental, et pourrait ainsi s'abriter en sûreté derrière son autorité.

II

Les articles 4 et 5 de la loi du 15 février 1902 sont ainsi rédigés :

Art. 4. — « La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la présente loi, sera

dressée, dans les six mois qui en suivront la promulgation, par un décret.... »

Art. 5. — « La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une de ces maladies visées à l'article 4, est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme, qui en constate l'existence.... »

Le décret prévu par l'article 4 était promulgué le 10 février 1903. Ce texte ne mentionne pas la tuberculose comme maladie devant être obligatoirement déclarée, d'où il s'ensuit, d'après l'article 7 de la loi, que la désinfection non plus n'est pas obligatoire.

Et cependant, comme le fait remarquer M. Weill-Mantou (1), le « logement du tuberculeux, logement « infecté, récepteur, conservateur et transmetteur de « germes, apparaît comme l'ennemi de première ligne « contre lequel doit se porter l'effort immédiat de « l'action anti-tuberculeuse. A l'infection, il faut opposer « la désinfection, et cette mesure de défense sociale ne « peut rester subordonnée au bon vouloir de l'individu. » On livre chaque jour des victimes au fléau en ne procédant pas à cette désinfection. Nombreuses, en effet, sont les personnes qui entrent en pleine santé dans des maisons occupées précédemment par des tuberculeux, pour être dirigées, à leur sortie, soit sur un cimetière, soit sur un hôpital.

Cette absence de désinfection est la première conséquence très déplorable — elle n'est pas la seule, nous le verrons plus loin — de la déclaration facultative de la

(1) Recueil des travaux de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, tome III, page 138.

tuberculose ; elle nous montre déjà l'intérêt que présente cette question, intérêt qui nous permet de nous demander pour quelles raisons la tuberculose a été classée, dans le décret du 10 février 1903, dans la seconde et non pas dans la première catégorie ?

Bien que l'Académie de Médecine ait conclu, à deux reprises, en 1913 et en 1919, à la déclaration obligatoire de la tuberculose, les sentiments nettement hostiles exprimés par la majorité des membres du corps médical ont toujours empêché la réalisation de cette sage et nécessaire mesure. Ceux-ci prétendent (1) que la déclaration obligatoire causerait un préjudice tant aux médecins qu'aux malades, sans produire le moindre effet utile. Sans produire le moindre effet utile, car il convient d'abord, disent-ils, de s'attaquer aux causes profondes de la tuberculose et, plus spécialement, à l'alcoolisme et au taudis, tout le reste ne peut avoir la moindre portée.

Nous partageons tout à fait la manière de voir de ces adversaires de la déclaration, mais sur un point seulement : sans entrer dans de longs développements, nous reconnaissons qu'il est impossible, en effet, de lutter avec succès contre la tuberculose sans frapper impitoyablement l'alcoolisme, le taudis, la syphilis, ces généreux pourvoyeurs du mal.

Les adversaires de la déclaration, en laissant supposer que rien n'a été fait, jusqu'ici, dans cette voie, sont injustes envers le législateur qui, depuis une trentaine d'années, a fait œuvre très utile en créant de toutes

(1) Recueil des travaux de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, tome IV, pages 259 et suivantes.

pièces une législation qui atteint sérieusement l'alcoolisme et apporte un remède précieux au taudis.

Le législateur, en effet, a pris part activement à la croisade contre l'alcoolisme, n'hésitant pas à sacrifier, souvent même, l'intérêt fiscal à l'intérêt d'ordre moral et d'ordre social. Grâce aux lois des 17 juillet 1880, 16 mars, 9 novembre 1915, réglementant sévèrement les débits et la vente de l'alcool ; grâce aux lois de finance — celle de juin 1920 avait porté au privilège des bouilleurs de cru un coup que nous espérons mortel — frappant l'alcool d'impôts de plus en plus lourds, des résultats sont obtenus : la vague de l'alcoolisme déferle avec moins de violence sur les côtes de France.

Il est évident, néanmoins, que cette législation contre l'alcoolisme n'est pas encore assez complète et, surtout, assez sévère.

Partisan de la suppression totale de l'alcool, nous regrettons que la loi du 16 mars 1915 n'ait parlé que de l'absinthe et liqueurs semblables et n'ait pas, tout au moins, interdit également la vente des alcools industriels, véritables poisons.

Il est regrettable aussi, comme le fait remarquer la circulaire du Ministre de l'Intérieur du 16 mars 1907, que l'article 9 de la loi du 17 juillet 1880, stipulant que les Maires peuvent empêcher l'ouverture de débits de boissons auprès de certains établissements : hôpitaux, collèges, etc., ne soit que très rarement appliqué. Les Maires, en exerçant le pouvoir que la loi leur confère, mettraient forcément obstacle à l'accroissement des débits dans la zone protégée et pourraient même, après

fermeture par suite de cessation de commerce, de faillite, etc., réduire le nombre des débits existants au moment de la prohibition. Il serait à souhaiter que cette mesure que la loi envisage, de facultative devienne obligatoire, ce qui permettrait alors au Préfet, en vertu de l'article 99 de la loi du 5 avril 1884, de limiter le nombre des débits, lorsque le Maire négligerait de le faire.

Enfin, si les dispositions de la loi du 15 février 1902, relatives aux logements insalubres, ont besoin, comme nous l'avons dit plus haut, d'être modifiées, les lois sur les habitations à bon marché, codifiées par la loi récente du 9 décembre 1922, nous fournissent un précieux appoint dans la lutte non seulement contre le taudis, mais même contre l'alcoolisme, car c'est souvent pour fuir un logement immonde que l'ouvrier se réfugie au café.

Les habitations à bon marché sont non seulement une cause profonde d'apaisement social en augmentant, chaque jour davantage, le nombre des propriétaires moins mécontents de leur sort, elles sont aussi, par excellence, l'antidote souverain contre le taudis, et par cela même un des ennemis les plus redoutables de la tuberculose.

Les habitations à bon marché, maisons neuves et saines, grâce aux intelligentes initiatives de tous les pouvoirs publics, grâce aussi aux généreuses initiatives privées de quelques-uns, se dresseront, chaque jour plus nombreuses, face aux taudis meurtriers voués à une disparition encore lointaine, mais certaine cependant.

Mais en admettant même que l'on parvienne, un jour,

à supprimer complètement l'alcoolisme et le taudis, on réduirait, certes dans une très forte proportion, les ravages causés par la tuberculose, mais le bacille de Kock n'en subsisterait pas moins (1).

Les moyens indirects qui visent les causes favorisant la contagion, sont donc insuffisants ; il faut faire appel, dans la lutte anti-tuberculeuse, aux moyens directs, spécialement dirigés contre la contagion. Aussi, pouvons-nous dire que l'argument principal des adversaires de la déclaration, bien que juste en partie, est cependant erroné dans son ensemble. Dans ces conditions, la question est de savoir si, dans cette lutte contre le bacille, la déclaration est ou n'est pas utile.

Elle ne l'est pas, répondent ces adversaires de la déclaration obligatoire, car elle ne sert à rien, en effet, si l'on n'est pas en état de procurer aux tuberculeux toutes les mesures d'assistance — matérielles ou prophylactiques — et de traitement qui leur sont nécessaires.

Vraiment, sur ce point, les adversaires de la déclaration tiennent bien peu compte des efforts accomplis au cours de ces dernières années et des résultats très intéressants déjà acquis dans l'organisation pratique de la lutte contre la tuberculose.

Si notre législation anti-tuberculeuse, qui remonte à peine à sept ans, peut encourir, comme toute législation très jeune, le reproche d'être encore bien incomplète et très imparfaite, elle nous a permis, néanmoins, dans l'espace de quelques années, d'améliorer, très sensiblement, notre armement anti-tuberculeux.

(1) La Tuberculose pulmonaire, ouvrage de M. Léon Bernard, page 222.

Pour s'en rendre compte, il suffit de comparer les chiffres de 1914 à ceux de 1921 (1).

Le nombre de nos dispensaires est passé de 46 à 425, dont 300 pourvus d'infirmières visiteuses professionnelles et diplômées. Huit écoles d'infirmières sont en plein fonctionnement et plus de 600 élèves diplômées en sont déjà sorties. Nous possédions, en 1914, 12 sanatoria populaires de cure contenant 1.162 lits ; aujourd'hui, le nombre de ces sanatoria est de 52, avec 4.428 lits. A ces 52 sanatoria, il convient d'ajouter 10 stations sanitaires dont la transformation en sanatoria est envisagée, dans un bref délai, et 44 sanatoria marins, avec plus de 9.000 lits.

De plus, 14 hôpitaux-sanatoria sont créés, disposant de près de 3.000 lits, et le nombre des préventoria atteint 60, comprenant au total 4.200 lits et répartis dans 40 départements.

Si nous n'avons pas à nous glorifier de ces chiffres, il reste trop à faire encore, ceux-ci du moins nous permettent de soutenir que le développement actuel de nos institutions anti-tuberculeuses, qu'elles soient imposées par le législateur ou qu'elles soient dues à de généreuses, patientes et intelligentes initiatives privées, comme l'OEuvre Grancher, par exemple, n'autorisent pas les adversaires de la déclaration obligatoire à considérer comme inexistante notre organisation anti-tuberculeuse.

On peut également objecter aux partisans du régime

(1) Nous trouvons ces chiffres dans un rapport de M. Léon Bernard, Assemblée générale annuelle du Comité de défense contre la tuberculose (année 1921). Supplément du Bulletin, pages 3 et 4.

actuel que, pour instituer sur des bases rationnelles et pratiques toutes ces mesures d'assistance, de prophylaxie, de traitement qu'ils voudraient voir appliquer au préalable, il importe d'être renseignés très exactement sur l'étendue des ravages causés par le mal, sur sa marche. Or, cette documentation précise sur la morbidité tuberculeuse, seule la déclaration obligatoire peut nous la procurer. Aussi nos contradicteurs nous paraissent mal fondés en nous adressant le reproche d'atteler la charrue devant les bœufs...

Les adversaires de la déclaration obligatoire disent aussi que cette déclaration causerait un préjudice aux médecins comme aux malades.

Aux médecins un préjudice moral d'abord, car la déclaration obligatoire entraînerait la violation du secret professionnel.

Il nous semble, au contraire, que le secret médical pourrait très bien être respecté ; il suffirait, que la déclaration soit recueillie par un médecin, par exemple le Directeur départemental du ou des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse, ou encore, si le projet dont nous avons parlé plus haut aboutissait, au Médecin-Directeur départemental des Services d'hygiène.

Et puis, admettons même que le secret professionnel soit violé, est-ce que toutes les maladies contagieuses énumérées dans la première partie du décret du 10 février 1903, et dont la déclaration est obligatoire, ne portent pas, déjà, une sérieuse atteinte à ce principe du secret médical ?

Sans doute, l'objection n'est pas des plus fortes, car les adversaires peuvent répondre que la déclaration d'une rougeole ou d'une fièvre typhoïde n'implique l'idée d'aucune tare personnelle, ni familiale, telle que celle qui s'attache dans l'opinion publique à la tuberculose. Si cependant on approfondit la discussion, on peut faire les remarques suivantes :

Dans les milieux aisés, un traitement au sanatorium ou en cure libre ne peut guère être tenu secret et équivaut par conséquent, à ce point de vue, à déclarer le tuberculeux.

Dans la clientèle des hôpitaux, chaque fois qu'un tuberculeux est envoyé, sur sa demande, dans un sanatorium, il est également déclaré publiquement.

Quoi qu'il en soit, il faut avoir le courage de reconnaître que la santé publique ne peut être protégée avec efficacité que si l'on ne maintient pas intangible ce dogme du secret médical. Si le respect de ce dogme s'impose dans les devoirs du médecin envers les individus, il n'en est pas de même quand il s'agit des obligations du médecin envers la société.

La déclaration obligatoire de la tuberculose ne cause donc pas de préjudice moral aux médecins. Leur cause-t-elle un préjudice matériel ?

Oui, répondent les partisans du régime actuel, car, en premier lieu, la déclaration pourrait entraîner des poursuites en dommages et intérêts contre les médecins au cas où ceux-ci déclareraient tuberculeuse une personne qui ne l'est pas, ou non tuberculeuse une personne atteinte de ce mal.

Nous pouvons répondre que, grâce à l'instrumentation technique des dispensaires, ces erreurs ne pourraient se produire que rarement ; le médecin traitant, qui aurait libre accès au dispensaire, pourrait se rendre compte d'une façon certaine de l'état de santé de son malade, et s'il y avait doute, le cas échéant, demander au Directeur du dispensaire, spécialiste très compétent, de bien vouloir examiner son malade. D'ailleurs, la déclaration que nous envisageons ne doit s'appliquer qu'aux cas de tuberculose décelés par des signes bactériologiques et cliniques certains, et, dans ces conditions, si le médecin déclarait tuberculeuse une personne qui ne l'est pas, ou non tuberculeuse une personne atteinte de ce mal, il y aurait véritablement faute lourde de sa part, et il serait juste, croyons-nous, que cette faute soit sanctionnée par des poursuites devant les tribunaux.

Cette déclaration, enfin, paraît redoutable à beaucoup de médecins, ils ne le disent pas, mais on le devine facilement, car la déclaration obligatoire entraînerait, à la longue, le déclenchement de tout le mécanisme d'assistance, de prophylaxie, de traitement, avec, comme conséquences, soit l'abandon du cabinet du médecin traitant pour celui du Directeur du dispensaire, soit l'entrée au sanatorium de beaucoup de malades. Souvent inexacte sur le premier point, car dans la plupart des cas le Directeur se bornera à examiner le malade, le renvoyant ensuite à son médecin traitant, cette objection est exacte sur le second point, mais comme le fait remarquer M. le

(1) M. le Dr E. Sergent. Introduction de la discussion de la déclaration obligatoire de la tuberculose, page 9.

D' E. Sergent (1), nous ne pouvons nous arrêter même un seul instant à de telles considérations d'intérêts personnels lorsqu'il s'agit d'une question qui touche à un si haut point l'intérêt national !

Les partisans du régime actuel, envisageant maintenant les effets de la déclaration sur les malades, disent que celle-ci ferait des tuberculeux les parias de la société, fuis par les uns, écartés par les autres.

Nous ne croyons pas que la déclaration puisse avoir comme conséquence la mise en quarantaine du malade, car nous l'avons dit plus haut, le secret médical pourrait très bien être respecté. Admettons même que le secret médical soit violé — nous avons déjà envisagé cette hypothèse — est-ce que l'isolement médical n'a pas des conséquences plus redoutables que ce soi-disant isolement moral dans lequel la déclaration risquerait de plonger le tuberculeux ?

On est obligé de reconnaître que les avantages que le tuberculeux retire du régime actuel sont bien maigres, surtout si on les compare à ceux qu'il pourrait retirer de celui de la déclaration, avantages qui augmenteraient à mesure que se déclencherait, d'une façon plus complète, le mécanisme d'assistance, de prophylaxie, de traitement que nous souhaitons.

Les succès déjà obtenus par les dispensaires sont dus à la grande quantité de malades qui n'hésitent pas à se déclarer eux-mêmes pour bénéficier, en plus d'un examen minutieux qui les renseignera exactement sur leur mal, soit d'ustensiles de prophylaxie, soit de l'intervention des visiteuses, soit de secours, soit même de l'accès aux sanatoria.

Ces succès obtenus par les dispensaires prouvent bien que la déclaration ne cause pas de préjudice aux tuberculeux, bien au contraire !

Mais il ne suffit pas de répondre aux objections des adversaires de la déclaration obligatoire, il faut encore montrer que cette déclaration est véritablement utile.

Utile, elle le serait déjà actuellement et elle le serait davantage encore, au fur et à mesure que notre organisation anti-tuberculeuse se développerait plus complètement.

En premier lieu, nous l'avons vu plus haut, la déclaration aurait une première conséquence dont les effets seraient bienfaisants : la désinfection.

La déclaration nous permettrait, ensuite, d'avoir des statistiques exactes, tandis qu'à l'heure actuelle nous sommes renseignés d'une façon tout à fait insuffisante, tant sur le nombre des décès par tuberculose que sur celui des malades et leur répartition. Une statistique précise ne présente pas seulement un intérêt théorique et scientifique réel, elle présente aussi un intérêt pratique considérable qui réside dans la possibilité de développer plus complètement l'organisation anti-tuberculeuse, là surtout où le mal appelle, d'une façon plus pressante, le remède. M. le D^r E. Sergent dit, avec raison (1) : « Pour bien combattre un ennemi, il faut bien connaître sa puissance, le siège de ses principales forces, les effets des moyens de destruction qu'on emploie contre lui. »

La déclaration aurait une valeur technique, car par

(1) Rapport de M. E. Sergent. Introduction à la discussion de la Déclaration obligatoire de la tuberculose. 1919, page 5.

sa mise en œuvre et les conséquences qu'elle entraînerait, elle apporterait aux médecins des moyens et des instruments de diagnostic et de traitement qui leur font presque toujours défaut actuellement.

Elle aurait aussi une valeur éducative pour le public, qui comprendrait mieux la véritable nature du mal et les obligations respectives qu'il crée entre le malade et la collectivité.

On ne saurait nier, également, la valeur morale de la déclaration obligatoire de la tuberculose. On peut difficilement admettre, en effet, qu'on laisse décimer une population sans essayer de se renseigner d'une façon précise et méthodique sur les foyers du mal et de connaître, pour les faire disparaître, les sources de ces contaminations.

La déclaration de la tuberculose a enfin une valeur incontestable au point de vue cure :

A l'heure actuelle, les tuberculeux, en grande partie, ignorent leur mal et les remèdes qu'ils devraient lui opposer pour le combattre avec chances de succès. Aussi les tuberculeux agonisent lentement, laissant le bacille accomplir des progrès de plus en plus inquiétants, non seulement pour eux, mais aussi pour leur entourage. Le jour où le tuberculeux apprendra qu'il n'est pas faible des bronches, mais bien tuberculeux, puisque le médecin sera tenu de déclarer — et nous souhaiterions que cette obligation soit sanctionnée par des poursuites possibles en dommages et intérêts — la maladie non seulement à son confrère, mais à son malade, celui-ci pourra prendre des mesures énergiques, et il en sera temps encore pour

se soigner et pour éviter de propager le mal autour de lui. Et si, comme nous l'espérons, tout un mécanisme d'assistance et de traitement, que nous examinerons dans notre dernier chapitre, se déclenche, le tuberculeux bénira cette déclaration, à laquelle il devra son retour à la santé, ou tout au moins une amélioration certaine.

Ces arguments, d'ailleurs, sont corroborés par des arguments de fait. Huit nations, parmi lesquelles les Etats-Unis d'Amérique et l'Angleterre, possèdent déjà, depuis plus de dix ans, cette déclaration obligatoire. Dans ces pays, la déclaration a rencontré la même hostilité qu'en France, jusqu'au jour où, devenue obligatoire, plus une plainte ne s'est faite entendre.

En même temps que le développement des institutions anti-tuberculeuses, on a constaté aussi, dans ces pays, la diminution de la mortalité tuberculeuse.

Il en serait certainement de même en France, où la déclaration serait accueillie avec la même faveur et engendrerait les mêmes effets heureux, après avoir été longtemps en butte aux vives critiques de ses adversaires.

CHAPITRE IV

Les origines des lois spéciales aux tuberculeux : la guerre et les stations sanitaires

Nous avons montré, dans les chapitres qui précèdent, les ravages immenses causés en France par la tuberculose, avant et après la guerre. Nous avons montré, aussi, les faibles moyens matériels dont nous disposions, au début de la guerre, pour enrayer les progrès du mal. Notre organisation anti-tuberculeuse était, en effet, insignifiante, pour ne pas dire nulle. Tout était à faire. Ce faible armement, nous le devons à un désintéressement coupable, dont la manifestation la plus déplorable fut l'absence totale de lois concernant tout spécialement la tuberculose et les tuberculeux.

Une législation s'imposait, visant directement la tuberculose et les tuberculeux. En effet, il ne pouvait être plus longtemps question d'assimiler en tous points la tuberculose aux autres maladies. La tuberculose demandant des remèdes d'une nature toute particulière, il convenait, par conséquent, que l'on prit envers elle des mesures particulières, elles aussi.

C'est à la guerre et aux créations réalisées pendant la guerre que nous devons notre législation actuelle. Aussi, avant d'en aborder l'étude, il nous paraît indispensable de consacrer quelques pages aux origines de ces lois spéciales aux tuberculeux : à la guerre et aux stations sanitaires.

C'est à la guerre, cause même de tous nos maux, que nous sommes redevables du succès partiel obtenu déjà dans la lutte anti-tuberculeuse. La guerre a tout changé chez nous ; elle a, d'abord, surexcité et intensifié le sentiment, la sensibilité nationale. Ceux-là même qui seraient restés les plus indifférents devant le sort du civil tuberculeux, ne pouvaient retenir un mouvement de sympathie et de pitié à l'égard de ceux qui avaient contracté ou au moins aggravé leur maladie en défendant le sol de la Patrie.

La guerre a, en outre, éveillé dans les consciences la claire notion de l'intérêt national. Elle a fait apparaître d'une manière saisissante que cet intérêt allait, en la circonstance, de pair avec le sentiment. On a fini par comprendre le péril social et national qu'est la tuberculose. On a fini par se rendre compte de l'utilité qu'il y a pour le pays dans son ensemble, comme pour chaque individu envisagé isolément, à engager contre elle une lutte sans merci.

Ici encore, la guerre, en mettant ces grands problèmes au premier plan des préoccupations générales, a rendu plus tangible et plus concrète la solidarité qui unit tous les membres d'une même collectivité et fait que chacun d'eux ressent le contre-coup des événements heureux ou malheureux qui arrivent aux autres.

Sans la guerre, il est fort probable que nous n'aurions fait aucun effort pour commencer à organiser cette lutte anti-tuberculeuse sur des bases rationnelles et pratiques. Sans la guerre, il est à peu près certain que la question de la tuberculose, en 1923, en serait presque au même point qu'en 1914 ; la même indifférence l'accueillerait aujourd'hui encore, et nous n'aurions point, depuis cette date, fait un seul pas en avant dans la voie des réalisations.

C'est un des rares bienfaits que nous devons à la guerre. Nous l'avons payé assez cher pour pouvoir le reconnaître.

Ce fut la guerre qui aggrava le mal, ce fut pendant la guerre que le combat devait s'engager contre lui.

La guerre contre l'Allemagne demandait au pays de si lourds efforts que l'on ne pouvait songer à livrer contre la tuberculose la lutte implacable que nous avons aujourd'hui le devoir d'engager contre elle. Mais si, à cette époque, il ne pouvait être question de remporter sur le fléau une victoire complète, car seuls les militaires devaient bénéficier des mesures prises pour enrayer les progrès du mal, de réels succès furent obtenus néanmoins dans ce milieu de soldats tuberculeux.

Comment devait s'engager la lutte anti-tuberculeuse ?

Quelques mois après le début de la guerre, il a fallu envisager des mesures spéciales pour traiter et assister les militaires tuberculeux réformés ou en instance de réforme, alors que le Service de Santé militaire était entièrement pris par la tâche qui lui incombait.

Le 21 mars 1915, M. Honnorat invitait le Gouvernement

à assurer aux militaires réformés pour tuberculose l'éducation et les soins nécessaires. D'autre part, M. Léon Bourgeois provoquait entre les Ministères de la Guerre et de l'Intérieur, un accord aux termes duquel ce dernier se chargeait de recueillir et de soigner les soldats tuberculeux réformés ou en instance de réforme. Le Ministère de la Guerre devait allouer au Ministère de l'Intérieur, pour chaque tuberculeux, une indemnité journalière de 3 francs pendant une durée de 3 mois.

Le 22 août 1915, M. Brissac, Directeur de l'Assistance publique et de l'Hygiène sociale au Ministère de l'Intérieur, présentait à la Commission permanente de la tuberculose un rapport qui était adopté et qui contenait un plan d'organisation de stations sanitaires.

Saisis par le Ministère de l'Intérieur, les Préfets et les Conseils généraux mirent à sa disposition des immeubles en vue d'y installer des établissements spéciaux destinés à hospitaliser et à soigner les soldats tuberculeux.

Le 18 octobre 1915, sur la proposition de M. Honnorat, le Parlement votait la loi sur l'assistance aux militaires tuberculeux réformés ou en instance de réforme, loi ouvrant un crédit de 2 millions de francs, qui fut porté en 1916 à 3 millions 750.000 francs, et en 1917 à 5 millions et demi. D'autre part, le Ministère de la Guerre créait des hôpitaux sanitaires régionaux destinés à recevoir les tuberculeux militaires dont l'état nécessitait des soins immédiats et continus.

Enfin, le 1^{er} avril 1916, sous le patronage du Président de la République, se créait un Comité central d'assistance aux militaires tuberculeux, et dans chaque chef-lieu,

des Comités départementaux, tous subventionnés par leurs Conseils généraux respectifs.

Examinons, maintenant, rapidement, l'organisation et le fonctionnement de ces trois rouages qui viennent d'être cités : stations sanitaires, hôpitaux sanitaires, comités départementaux.

Stations sanitaires. — Les stations sanitaires furent plutôt des maisons d'éducation anti-tuberculeuse que des établissements de cure. Il eut été, en effet, absolument impossible de créer immédiatement des établissements susceptibles de soigner tous les tuberculeux que l'armée éliminait. On a donc préféré, plutôt que de traiter un nombre forcément restreint de malades, faire l'éducation d'un nombre aussi élevé que possible de tuberculeux, de leur apprendre à se soigner et aussi à ne pas contaminer leurs proches.

Les stations sanitaires ont été, pour la plupart, organisées dans des immeubles existants, soit avec le concours des départements, soit avec celui de personnalités ou d'œuvres privées, soit directement par l'Administration préfectorale, sous la direction du Ministère de l'Intérieur. Elles répondaient aux exigences d'un programme dit « programme minimum » qui, en fait, assura aux malades une installation matérielle et des soins susceptibles de leur procurer une amélioration très sensible.

Furent admis dans les stations sanitaires les militaires en instance de réforme, les militaires réformés n° 1 et 2 pour tuberculose pulmonaire depuis le début des hostilités et dont l'état de santé était susceptible d'amélioration ou de guérison.

Les tuberculeux parvenus au dernier degré de maladie furent éliminés.

Le séjour en station sanitaire était théoriquement de trois mois, mais sa durée pouvait être prolongée d'une ou plusieurs périodes de trois mois, suivant l'avis du médecin-chef.

Malgré la contre-indication climatique de certains établissements, des résultats intéressants ont été constatés et la cure, même à inégalité d'altitude, peut être considérée comme ayant donné, dans l'ensemble, de bons résultats, grâce à l'efficacité du repos, du grand air, de la suralimentation, de l'éducation hygiénique et de la surveillance médicale.

Dans ces établissements ont été également admis, s'ils remplissaient les conditions cliniques, les réfugiés et les rapatriés atteints de tuberculose pulmonaire. Le Ministère de l'Intérieur (Direction du Contrôle) en a assuré l'hospitalisation, soit dans des établissements créés par lui, soit dans des établissements appartenant à des œuvres avec lesquelles il avait traité.

A la fin du mois d'août 1919, près de 19.000 malades étaient passés par les stations sanitaires.

Hôpitaux sanitaires. — Les hôpitaux sanitaires du Service de Santé jouèrent un triple rôle : 1° isolement des tuberculeux dont la présence fut ainsi évitée aux hôpitaux généraux ; 2° triage des malades en vue soit de leur envoi dans les stations sanitaires du Ministère de l'Intérieur, soit de leur traitement dans un hôpital sanitaire à climat approprié ; 3° traitement des malades gravement atteints et non justiciables d'un séjour en station sanitaire.

Le nombre des lits des hôpitaux sanitaires s'est élevé jusqu'à 8.881 pour 37 établissements et 2 hôpitaux spécialisés.

Comités départementaux. — Les Comités départementaux étaient des associations déclarées, pleinement indépendantes, qui se sont constituées dans chaque département à l'appel du Ministre de l'Intérieur, en vue d'assister les anciens militaires tuberculeux sortis des stations sanitaires. Au-dessus de ces Comités s'est fondé le Comité central d'assistance aux militaires tuberculeux, dont la mission a été de coordonner les efforts des Comités départementaux et de leur venir en aide de toutes manières.

L'assistance des Comités départementaux fut extrêmement souple : conseils, démarches, aide matérielle, médicaments, secours à la famille du malade, etc.

En dehors des subventions de l'Etat et des ressources de la bienfaisance privée, les Comités ont bénéficié de subventions des départements et des communes.

Les Comités départementaux ont tous prévu dans leurs statuts leur transformation à la fin de la guerre en dispensaire d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse. De cette façon, les dévouements qu'ils ont suscités et l'expérience qu'ils ont permis d'acquérir sont utilisés au mieux des intérêts de la lutte anti-tuberculeuse.

Ajoutons, enfin, que la déclaration obligatoire a fonctionné, en fait, pour les militaires, pendant la guerre. Elle n'a donné lieu à aucune récrimination de la part des intéressés qui recouraient volontiers à ces organisations de fortune que nous venons d'examiner.

Ces stations et ces hôpitaux sanitaires, ces Comités départementaux ont constitué la souche de toute l'organisation actuelle : l'œuvre de guerre s'est transformée en œuvre de paix. L'œuvre de guerre, pour devenir œuvre de paix, devait s'intensifier, quitter son caractère provisoire pour devenir permanente et atteindre tous les malades, à quelque catégorie qu'ils appartiennent. Jusque-là, en effet, si tous les malades avaient droit aux dispensaires — d'ailleurs très peu nombreux encore — seuls les militaires réformés et les réfugiés étaient — comme nous venons de le voir — hospitalisés dans les stations sanitaires. Il fallait étendre cette hospitalisation à tous les tuberculeux. Ce résultat fut atteint — en partie — grâce à la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoria (loi Honnorat-Merlin). Cette loi se rattache très intimement à l'action anti-tuberculeuse pendant la guerre. Elle a été préparée pendant cette période, elle a bénéficié de l'existence pratique des stations sanitaires, établissements de fait voués à une existence éphémère, dont elle permet la consolidation en leur donnant un statut légal.

La loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoria forme, en France, avec la loi du 15 avril 1916 sur les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse, la charte de l'action contre la tuberculose.

Ces deux lois seront examinées séparément dans chacun des deux chapitres suivants.

CHAPITRE V

La loi du 15 avril 1916 instituant des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse

Ce n'est qu'après de longs travaux poursuivis au sein de toutes les sociétés, de toutes les commissions auxquelles il donne, depuis de longues années, le meilleur de lui-même, que M. Léon Bourgeois se décida à présenter au Sénat une proposition de loi tendant à instituer des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse.

Déposé le 25 juillet 1913 sur le bureau de notre Haute-Assemblée, le texte fut étudié par les Services du Ministère de l'Intérieur et renvoyé, pour avis, à la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, qui l'examina dans ses séances des 6 et 13 juin 1914.

Au Sénat, une Commission spéciale fut désignée dans les bureaux pour examiner cette proposition de loi. M. Paul Strauss fut chargé du rapport qu'il déposa à la

séance du 8 juillet 1914, presque à la veille de la déclaration de la guerre.

Ce n'est qu'après tous ces travaux préparatoires que la discussion est venue, le 26 novembre 1915, devant le Sénat (1).

Dans sa séance du 7 avril 1916, la Chambre des Députés (2) adopta, à son tour, le projet de loi rapporté par M. André Honnorat.

Avec les dispensaires, nous quittons le domaine des organisations de fait et des initiatives pour passer dans le domaine législatif.

Les dispensaires, nous l'avons vu plus haut, existaient en bien petit nombre avant la guerre. Les tristes constatations des premiers mois de lutte ont rendu plus évidente que jamais la nécessité de favoriser la création de ces établissements et de leur donner un statut légal pour en assurer l'existence et la stabilité.

Quel est le véritable but de la loi du 15 avril 1916 ?

Quel est le rôle que doit jouer le dispensaire ?

Il suffit de se reporter à l'article 1^{er} de ce texte pour constater que l'objet principal qu'il a en vue est bien d'éduquer les citoyens, car le but qu'il assigne en premier lieu aux dispensaires publics d'hygiène sociale c'est de faire « l'éducation anti-tuberculeuse », c'est de « donner des conseils de prophylaxie et d'hygiène ». La loi nous apparaît donc avant tout comme une loi d'hygiène et, comme toute loi d'hygiène, c'est à tous qu'elle s'adresse. La puissance publique charge donc les dispensaires

(1) Séance du 26 novembre 1915. J. O. D. P. Sénat S. O. 1915, page 623.

(2) Séance du 7 avril 1916. J. O. D. P. Chambre S. O. 1916, page 827.

d'instruire les malades ou les personnes exposées à la maladie sans distinguer entre indigents et non indigents, car c'est son rôle de prévenir les maux qui menacent la race. C'est bien, en effet, le souci de prévenir le mal plutôt que de le guérir qui inspira l'auteur de cette proposition de loi.

Il est entendu que ces dispensaires ont un autre rôle à remplir. Ils doivent assurer et faciliter aux tuberculeux leur admission dans les sanatoria, mettre à la portée du public des services de désinfection, du linge, organiser pour ceux qui sont privés de ressources, d'accord avec les services locaux ou régionaux d'hygiène et d'assistance, des consultations gratuites et des distributions de médicaments. Mais ce rôle n'est pas le rôle principal. Il ne vient qu'après celui de l'éducation sanitaire. Ainsi, la loi du 15 avril 1916 a donc un véritable caractère de prophylaxie sociale, bien plus qu'un caractère d'assistance.

C'est pour cette raison qu'il nous paraît très regrettable que le deuxième paragraphe de cet article, à la différence du premier, fasse une distinction entre les indigents et les non indigents et ne prévoit la gratuité de la consultation que pour les personnes rentrant dans la première catégorie.

Ce n'est, en effet, que par une consultation comportant des examens approfondis radioscopiques et bactériologiques que l'on peut déterminer exactement si le malade est bien tuberculeux, et dans l'affirmative, à quel degré ? En rendant cette consultation payante, on tiendra éloigné du dispensaire toute la classe intermédiaire entre la classe pauvre et la classe aisée qui, la plupart du temps,

ne disposera pas de ressources suffisantes pour supporter les frais assez élevés de ces divers examens.

Ainsi le dispensaire, dont l'action est ainsi limitée, n'accomplira pas intégralement la tâche de préservation anti-tuberculeuse qui rationnellement lui incombait entièrement. A défaut de consultations gratuites, la première tout au moins devrait l'être pour tous (1), comme l'est, par exemple, la vaccination anti-variolique, d'autant plus qu'ici le dispensaire ne léserait en rien les intérêts des médecins. Le dispensaire se livrerait à un simple examen des malades non indigents, le traitement continuant à être assuré comme par le passé par les médecins habituels des familles.

En fait, la plupart des dispensaires heureusement — plus de 80 % — laissent à la loi du 15 avril 1916 toute sa portée de la loi d'hygiène (2). Ils n'appliquent pas rigoureusement la loi et font gratuitement l'examen de tous les malades, indigents ou non, qui s'adressent à eux.

Nous voyons déjà le rôle que doit jouer le dispensaire, rôle qui, de mieux en mieux rempli, rendra de plus en plus efficace la lutte anti-tuberculeuse.

En dehors de l'éducation anti-tuberculeuse qu'il doit faire et des conseils de prophylaxie qu'il doit donner, le dispensaire doit examiner les malades qui se présentent à la consultation et déterminer le caractère contagieux ou non de leur état. Le dispensaire doit dépister et attirer à lui le plus grand nombre possible de tuberculeux, afin

(1) Cette solution a été adoptée par le département de l'Aude.

(2) La Préfecture de la Haute-Marne vient de procéder à une enquête sur la gratuité du dispensaire auprès de tous les Préfets.

de se rendre compte, le plus exactement possible, de l'étendue des ravages causés par la tuberculose dans la circonscription, et de prendre à la fois toutes mesures utiles pour assurer au tuberculeux le traitement qui lui sera le plus profitable et toutes précautions nécessaires pour protéger son entourage. C'est ainsi que le dispensaire facilitera l'admission des tuberculeux dans les sanatoria ou hôpitaux-sanatoria — suivant l'état du malade — et placera leurs enfants à la campagne ou dans des préventoria.

Là ne se borne pas le rôle du dispensaire qui doit soigner le tuberculeux indigent et ne pas l'enlever à son milieu quand c'est possible. C'est peut-être là la mission la plus importante du dispensaire, en raison des moyens dont il dispose, de ses visiteuses d'hygiène, de la facilité qu'il offre aux malades de se présenter à la consultation et d'y recevoir des médicaments. Grâce à ses infirmières visiteuses, le dispensaire pourra suivre les tuberculeux indigents à leur domicile, étudier leurs conditions d'existence, s'assurer que les prescriptions du médecin sont exécutées. L'examen du malade à la consultation risque d'être sans effet, si le médecin n'est pas renseigné de façon précise sur le mode de vie et les habitudes du malade et de sa famille.

Enfin, le dispensaire doit présider à la désinfection du domicile et des objets des malades et de sa famille. S'il ne possède pas lui-même un service de désinfection, ce qui évidemment est assez difficile dans beaucoup de localités, il doit être en liaison étroite avec le service municipal ou départemental de désinfection.

La loi du 15 juillet 1893, comme nous le savons, n'avait fait aucune distinction entre les tuberculeux et les autres malades ; aucune disposition spéciale ne les concernait.

La loi du 15 avril 1916, maintenant, vise directement le tuberculeux, c'est un grand progrès, malheureusement cette nouvelle loi ne modifie en rien celle de 1893, dont les mesures générales d'assistance sont toujours applicables aux tuberculeux comme aux autres malades. Le tuberculeux indigent, aujourd'hui comme jadis, ne bénéficiera donc que de consultations gratuites et de médicaments (1). Il faut bien reconnaître que cette assistance est nettement insuffisante. Le tuberculeux hospitalisé au sanatorium doit, en effet, sa guérison à la nourriture abondante et au repos qu'il y trouve. Il faut que le tuberculeux non hospitalisé reçoive une aide pécuniaire qui lui permette de se procurer une alimentation suffisante, sans la devoir à un travail trop pénible pour ses faibles forces.

C'est pour combler cette lacune de la loi de 1893, que M. Merlin, le 16 mai 1919, présentait à la Chambre des Députés une proposition de loi tendant à coordonner les différents textes relatifs à l'assistance du tuberculeux. Cette proposition de loi — malheureusement abandonnée — prévoyait outre l'assistance médicale et l'hospitalisation, un secours alimentaire à tout tuberculeux soigné à domicile sous le contrôle du dispensaire.

(1) Le tuberculeux pourra bénéficier aussi de la loi du 14 juillet 1905, mais, comme nous le savons, cette assistance matérielle est aussi aléatoire qu'insuffisante.

Le dispensaire ne distribuant aucun secours, les lois de 1893 et de 1916 étant muettes à ce sujet, c'est aux initiatives privées qu'il faudra recourir et, de préférence, à des Comités de patronage et de secours des dispensaires qui se sont déjà créés dans plusieurs départements. Ces Comités présentent de nombreux avantages sur les œuvres charitables d'ordre général. Ils sont, en effet, en liaison très étroite avec le dispensaire et limitent, ensuite, leur action aux tuberculeux.

Leur caractère privé leur permettra, non seulement de recueillir des dons charitables, qui vont rarement aux œuvres publiques, mais aussi d'utiliser les très nombreuses volontés qui n'aiment pas donner leur argent sans donner en même temps leur aide personnelle, leur travail.

Ces Comités, véritables associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901, pourront obtenir la déclaration d'utilité publique qui leur donnera la personnalité morale, avec, comme privilège important, l'acquisition possible de dons et de legs.

Le secours donnera à l'organisation anti-tuberculeuse, telle qu'elle est conçue désormais, son maximum de rendement économique et son maximum d'efficacité.

Le dispensaire, grâce au secours, étendra plus facilement son action ; il dépistera un plus grand nombre de tuberculeux, car le secours est une amorce pour les indigents. Il repérera, plus aisément, le logement tuberculeux, car la possibilité de secours en facilitera l'accès. Il réalisera une éducation anti-tuberculeuse plus parfaite, car les secours donneront les moyens matériels

d'appliquer les notions d'hygiène qu'il répand et permettra d'obtenir l'assainissement qu'il prescrit. Il dirigera avec plus de certitude le tuberculeux, car une direction, pour être réelle, doit être permanente et longtemps continuée ; or, le secours est un prétexte aux visites fréquentes, et c'est ainsi un encouragement, une récompense donnée à ceux qui veulent bien se laisser diriger.

Maintenant que nous avons déterminé le rôle que doit jouer le dispensaire, nous examinerons rapidement les différentes formes sous lesquelles la loi du 15 avril 1916 permet aux dispensaires d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse de se constituer. La loi prévoit :

- 1° des dispensaires publics ;
- 2° des dispensaires mutualistes et des dispensaires privés ;
- 3° des dispensaires organisés par les communes, départements ou établissements publics ;
- 4° des dispensaires obligatoires.

I. *Dispensaires publics.* — Les dispensaires publics auxquels le législateur de 1916 accorda sa préférence bénéficient du maximum d'avantages. Ces dispensaires, en effet, nous dit l'article 2, « constituent des établissements publics ».

Il est de jurisprudence constante que lorsqu'une disposition législative autorise la création d'établissements publics, ces institutions sont entièrement assimilées, pour les règles générales d'administration ou pour le règlement des contestations qui pourraient surgir,

aux règles déjà adoptées pour les hospices, établissements publics types.

La loi de 1916, en fixant ainsi le droit commun de ces établissements, y apporta cependant une dérogation ; les règles générales d'administration des Offices d'habitations à bon marché sont applicables, en effet, aux dispensaires. Ces Offices qui constituent, eux aussi, des établissements publics, sont dotés d'une grande liberté, dont le législateur de 1916 a voulu faire profiter les dispensaires en raison du rôle important qu'ils ont à jouer. L'article 2 nous renvoie aux articles 14 à 21 de la loi du 23 décembre 1912, abrogée par la loi du 9 décembre 1922, qui reproduit toutefois les mêmes dispositions.

Nous ne parlerons pas de ces divers articles qui, d'ailleurs, n'appellent pas de remarque particulière. L'article 16 cependant ne s'applique pas, en tous points, aux dispensaires, qui ne peuvent contracter un emprunt dépassant 50.000 francs que si l'autorisation leur en est donnée par un décret pris sur le rapport du Ministre de l'Intérieur, après avis du Ministre de l'Hygiène (1).

L'initiative de la création de ces dispensaires publics appartient à tous : particuliers, groupements corporatifs, même aussi aux Sociétés ou Unions de Sociétés de secours mutuels, aux communes, départements, établis-

(1) La dernière partie de l'article 2 est rédigée sans précision. Il y est dit, en effet : « Toutefois, le maximum de la somme à emprunter qui peut être autorisé par décret, fixé par l'article 16 (de la loi du 23 décembre 1912), est abaissé, pour les dispensaires, à la somme de 50.000 francs par an ». Or, le terme maximum est en soi inexact ; il s'agit tout au contraire, dans la réalité, d'un minimum.

La phrase ne se comprend que si l'on se reporte au texte même de la loi du 23 décembre 1912, qui fixe la somme au-delà de laquelle un Office ne peut emprunter que moyennant autorisation.

sements publics qui estimeraient que la constitution d'un dispensaire public est préférable, soit à la création d'un dispensaire mutualiste, soit à celui d'un dispensaire organisé par les services publics d'assistance et d'hygiène.

Pour devenir établissements publics et jouir, de ce fait, d'une personnalité propre qui leur permettra, comme les hospices, les hôpitaux ou les bureaux de bienfaisance, d'avoir un budget spécial, de recevoir des dons et des legs, de s'administrer librement sous le contrôle et la surveillance du Préfet, les dispensaires doivent accomplir les formalités longues et compliquées prescrites par l'article 3 de la loi.

Bien qu'indépendante, en effet, l'Administration des dispensaires publics est assujettie au contrôle de l'autorité publique qui exige préalablement à la création du ou des dispensaires, l'intervention d'un décret rendu dans la forme de règlement d'administration publique, c'est-à-dire après examen du Conseil d'Etat et sur le vu d'un dossier établi à la suite d'une instruction qui comporte une enquête et l'avis du Conseil général et des Conseils municipaux compris dans la circonscription du dispensaire.

L'autorisation de fonctionner ensuite, comme nous l'indique le deuxième paragraphe de cet article 3, est donnée par le Préfet, après inspection des locaux et vérification de l'aptitude du personnel par le Conseil départemental d'hygiène qui, sous l'autorité du Préfet, exerce un contrôle permanent sur l'Administration de l'établissement.

Le dispensaire ne doit fonctionner que pour une circonscription territoriale déterminée et fixée par le décret lui-même. La loi ne prévoit pas, et nous le regrettons, une division d'ensemble des circonscriptions ; il est possible que de cette lacune provienne, dans la suite, un défaut de cohésion, peut-être même des concurrences possibles, qu'il eût mieux valu prévenir et éviter.

Si les formalités d'institution prévues par cet article 3 donnent toutes les garanties au point de vue de la valeur de ces établissements, elles présentent, par contre, des inconvénients très réels. L'enquête, en effet, est beaucoup trop compliquée et sa durée souvent trop longue. On remarquera, par exemple, que la consultation des Conseils municipaux peut exiger, dans certains cas, notamment lorsqu'il s'agira de dispensaire à circonscription étendue, la réunion d'un grand nombre de délibérations, la constitution de dossiers volumineux qui seront presque toujours incomplets ou irréguliers. Nous faisons aussi observer que le contrôle prévu au deuxième paragraphe de cet article 3 risque de n'être pas toujours très efficace, l'organisation administrative de l'hygiène étant souvent incomplète, quelquefois même inexistante, comme nous l'avons vu plus haut, en parlant de la loi du 15 février 1902.

A côté des formalités nombreuses et difficiles prescrites par l'article 3, nous trouvons dans l'article 4, fixant la composition du Conseil d'administration des dispensaires publics, une nouvelle cause du peu de succès obtenu par cette forme de dispensaires adoptée seulement dans quelques départements.

L'article 4, en effet, fixe « ne varietur » la composition de ce Conseil d'administration qui, nous nous empressons de le dire, est beaucoup trop rigide, trop restrictive, irrationnelle même. Toutes les personnes susceptibles, en effet, de favoriser les dispensaires publics, en leur donnant leur argent ou en leur consacrant leur temps — souvent même les deux — sont exclues de ce cadre beaucoup trop étroit.

La conséquence suivante pourra donc résulter d'une telle mesure :

Une grande partie de ces personnes dévouées, qui ne sont même pas représentées au sein du Conseil d'administration, se tiendront à l'écart du dispensaire, qui ne pourra plus guère compter que sur les subventions de l'Etat, des départements et des communes, et nous verrons bientôt que ces seules subventions seront presque toujours insuffisantes pour faire face aux dépenses nécessaires, pour assurer la création ou le fonctionnement du dispensaire public.

Quelles sont donc ces dépenses ?

Elles sont extraordinaires ou ordinaires, nous dit la loi, articles 6 et 7.

Par dépenses extraordinaires, il faut entendre celles qui, en principe, ne doivent pas se renouveler ; elles comprennent les dépenses de premier établissement ou d'agrandissement pour la construction ou l'aménagement des immeubles et locaux, l'acquisition et l'installation de l'outillage.

Les dépenses ordinaires, au contraire, ont un caractère purement annuel ; ce sont les dépenses d'entretien et de fonctionnement.

Comment vont être réalisées les ressources nécessaires pour faire face à ces différentes dépenses.

Pour celles qui rentrent dans la première catégorie, l'article 6 prévoit en outre de la participation des particuliers et le produit des dons et legs, le concours financier des communes et du département. Mais la participation de ces collectivités est tout à fait aléatoire, car elle est purement facultative, le dispensaire n'était pas obligatoire. La loi nous dit bien, en effet, « les communes et le département peuvent participer ». Aussi, quand on parle ici de ressources extraordinaires, il s'agit surtout de ressources volontaires, qui seront difficiles à trouver. Les particuliers, la plupart du temps, ne peuvent couvrir qu'une partie des dépenses ; ils s'adresseront alors aux collectivités, mais quel est l'accueil qui leur sera réservé ?

La loi prévoit bien une limite à cette faculté qu'elle laisse aux communes et aux départements de participer ou de ne pas participer à ces dépenses de premier établissement, car dans le cas où les initiatives locales auront négligé de créer un dispensaire lorsque la situation sanitaire de la région aurait dû l'exiger, celui-ci devient obligatoire. Mais nous pouvons nous demander quel sera l'effet de cette menace, car préalablement à la création du dispensaire obligatoire prévue à l'article 4, des formalités multiples et de longs délais sont exigés qui, en fait, rendent l'application de l'article 11 sinon impossible, du moins très difficile et fort problématique.

La subvention de l'Etat est, elle aussi, aléatoire et tout à fait indéterminée.

On ne dit pas expressément, en effet, que l'Etat

participera aux dépenses extraordinaires des dispensaires. On l'oblige, il est vrai, à affecter à ces dépenses des subventions sur le revenu net prélevé sur le produit du pari mutuel et des jeux, mais c'est fort insuffisant, car ces subventions sont attribuées par des Commissions qui ne sont liées que de façon tout à fait indéterminée par la disposition de la loi.

Pour les dépenses ordinaires, la participation de l'Etat, des départements et des communes est également organisée d'une façon aussi compliquée qu'imprécise, rendant l'assiette financière du dispensaire public très précaire.

Pour faire face aux dépenses ordinaires, la loi prévoit, en dehors des ressources propres des dispensaires :

1° Des subventions de l'Etat, du département et des communes, qui sont toujours facultatives et dont la quotité de ce fait n'est nullement fixée ;

2° La contribution de l'Etat, du département et des communes, d'après les barèmes de la loi de 1893, pour supporter les dépenses qui n'auraient pu être couvertes par les ressources propres et les subventions. Mais pour que les communes et les départements soient engagés « dans la limite des prévisions budgétaires », il faut que les premières aient adhéré à la création du dispensaire et que ce dernier ait agréé le dispensaire comme service auxiliaire de l'assistance médicale gratuite ou de l'hygiène publique.

La participation des collectivités est donc double : subvention facultative d'abord, puis en cas d'insuffisance participation obligatoire. Le département et les communes engagés à la participation des dépenses n'ont

donc aucun intérêt à allouer des subventions forfaitaires; il est préférable pour eux d'attendre la liquidation des dépenses en fin d'exercice et la détermination de leur quote-part, d'après les barèmes de la loi de 1893.

Beaucoup de départements partagent cette manière de voir et s'abstiennent de voter des subventions. L'Etat, pour ne pas être exposé à fournir seul un trop lourd effort financier, estime, dans ce cas, que la subvention allouée par lui doit être considérée comme un acompte à valoir sur la part qui lui sera obligatoirement imposée au moment de la répartition.

L'équilibre du budget du dispensaire public nous paraît donc fort mal assuré.

Les communes et les départements sont libres ou non de voter des subventions essentiellement variables et leur contribution obligatoire est subordonnée à certaines conditions, qu'elles ont le loisir d'accepter ou de refuser.

Aussi la forme du dispensaire public, malgré tous les avantages qui lui ont été accordés par le législateur, a été rarement adoptée. Seuls les départements des Pyrénées-Orientales, d'Alger, d'Oran et le Territoire de Belfort, ont créé des dispensaires publics départementaux.

Certes, ces dispensaires bénéficient d'une personnalité morale très étendue, mais les formalités exigées pour leur institution sont beaucoup trop compliquées, la composition de leur Conseil d'administration est beaucoup trop rigide et, enfin et surtout, leur assiette financière est beaucoup trop précaire !

II. *Dispensaires mutualistes et dispensaires privés.* — Le titre II de la loi régit les dispensaires mutualistes.

Nous ne dirons que quelques mots de ces dispensaires dont le caractère est essentiellement privé.

Ces dispensaires ne constituent pas des établissements publics, ils n'ont pas la personnalité morale et ne peuvent recevoir ni dons, ni legs. On peut, il est vrai, parer à cet inconvénient en demandant pour eux la déclaration d'utilité publique, mais dans ce cas, ces dispensaires ne deviendront que des établissements d'utilité publique.

Ces dispensaires n'ont pas droit, naturellement, à la contribution financière de l'Etat, des départements, des communes, prévue à l'article 7, § 4, mais ils peuvent, cependant, et nous félicitons le législateur de cette innovation qui pourrait paraître audacieuse, recevoir des subventions de l'Etat, des départements, des communes, prévues à l'article 7, § 2. Ces subventions sont purement facultatives.

Certains dispensaires privés, agréés par le Conseil général comme service auxiliaire de l'assistance médicale gratuite, ont eu cependant la prétention de bénéficier de la répartition obligatoire instituée par l'article 7, § 4.

L'Administration n'a pas cru devoir donner une suite favorable à leur demande, et nous estimons que cette solution est équitable, car l'article 7, § 4, placé sous le titre I, qui régit les dispensaires publics, ne s'applique évidemment qu'à cette forme de dispensaire.

D'autre part, on ne pourrait soutenir que la disposition imprécise de l'article 8, § 2, « peuvent recevoir des

subventions », signifie que les dispensaires privés sont en droit d'invoquer l'application de l'article 7, § 4. Si le législateur avait entendu donner aux dispensaires privés un privilège analogue, il n'eut certes pas manqué de le déclarer d'une façon précise.

D'ailleurs, il est logique de supposer que la faveur du législateur va plutôt aux dispensaires publics ou aux dispensaires créés par des services publics, qu'aux dispensaires privés.

Il faut remarquer aussi que le législateur fait déjà bénéficier les établissements privés, à titre exceptionnel, de subventions de l'Etat, du département et des communes. Ces subventions, évidemment, sont très aléatoires, mais il n'en est pas moins certain qu'ils peuvent les recevoir et que, dans certains cas, elles leur seront accordées.

Ces dispensaires privés bénéficient aussi des facilités de crédit prévues par l'article 5 de l'ancienne loi du 23 décembre 1912, sur les Offices d'habitations à bon marché.

Si ces dispensaires ne peuvent, en fait, compter sur la participation financière des Administrations publiques, ils jouissent, par contre, d'une indépendance complète, limitée seulement à l'autorisation d'ouverture qui doit être donnée par le Préfet, et à l'inspection du fonctionnement de ces établissements par les services départementaux d'hygiène.

III. *Dispensaires organisés par les Services publics.* —

La troisième forme est celle du dispensaire organisé

par les Services publics d'assistance et d'hygiène : commune, département ou établissement public (art. 10 de la loi).

La création de ces dispensaires n'est plus subordonnée aux nombreuses formalités exigées pour les dispensaires publics. Elle résulte d'une simple délibération du Conseil général, du Conseil municipal, d'une Commission administrative et non d'un acte de Gouvernement. Ces dispensaires, par contre, ne constituent pas des établissements publics, ils n'ont aucune personnalité propre, ils émanent directement du département, de la commune ou de l'établissement public créateur qui, en quelque sorte, se substitue entièrement à eux.

Dès lors, ces dispensaires n'ont pas de budget spécial : leurs recettes et leurs dépenses figurent au budget de la commune, du département ou de l'établissement public ; ils n'ont pas d'administration autonome ; ils ne peuvent recevoir ni dons ni legs, et c'est le gros inconvénient de cette forme de dispensaire, car, en fait, ils ne pourront compter sur les subsides de la bienfaisance privée dont la sympathie va assez rarement aux organisations administratives.

En outre, ce défaut d'indépendance budgétaire est la cause de difficultés, de lenteurs et de complications préjudiciables à la souplesse du fonctionnement de ces dispensaires.

Mais ces dispensaires, par contre, bénéficient de sérieux avantages. En dehors de celui qui résulte des formalités très simples préalables à leur institution, ils en présentent un autre, beaucoup plus précieux encore.

Le Service public, en effet, ne doit pas se contenter de créer, il doit aussi gérer.

En acceptant cette gestion du dispensaire, le Service public s'engage d'une façon absolue à contribuer aux dépenses, soit extraordinaires ou ordinaires de cet établissement ; aussi il y a tout lieu de penser que la situation financière de ces dispensaires ne peut être que très satisfaisante. La loi fait bénéficier ces dispensaires des dispositions des articles 6 et 7. En réalité, elle n'énumère pas tous leurs avantages financiers, bien supérieurs à ceux des dispensaires publics qui ont une indépendance beaucoup plus grande, il est vrai, une personnalité étendue, mais dont l'institution est subordonnée à des formalités compliquées et dont l'assiette financière est en général fort précaire.

C'est à cette forme du dispensaire que va notre préférence.

Nous terminerons notre examen des dispensaires organisés par les Services publics en signalant que le bénéfice des articles 6 et 7 qui leur est accordé a donné lieu à des difficultés.

Beaucoup de départements, en effet, ont créé des dispensaires pour la gestion desquels la constitution d'un Comité départemental (association privée régie par la loi du 1^{er} juillet 1901) a été provoquée.

Ces dispensaires, du fait qu'ils avaient été créés par le département, se considérèrent comme rentrant dans le cadre de l'article 10 et prétendirent bénéficier des avantages accordés à cette catégorie de dispensaires, notamment de ceux résultant des articles 6 et 7.

L'Administration n'a pas adopté cette manière de voir. Elle a estimé, à juste titre, croyons-nous, que l'article 10 visait le cas des dispensaires non seulement créés, mais aussi gérés par les communes, les départements et les établissements publics ; que le fait par un département de créer un dispensaire dont la gestion est assurée par une association privée ne suffisait pas pour que ce dispensaire soit considéré comme rentrant dans l'article 10 ; que le dispensaire ainsi créé constituait un dispensaire privé au sens de l'article 9 et ne pouvait, par suite, prétendre au bénéfice des articles 6 et 7, alors même qu'il serait investi d'une mission officielle par le Conseil général.

Si l'on admet, en effet, l'opinion contraire, on en arrive à faire engager, par une association privée, une dépense qui peut être obligatoire pour l'Etat, le département et les communes, conséquence difficile à admettre.

En outre, le budget d'une association privée n'est pas soumis à l'approbation de l'autorité publique, pas plus que les dépenses sont soumises aux règles de la comptabilité publique et au contrôle de l'autorité administrative.

Par conséquent, il serait absurde de faire bénéficier ces dispensaires des avantages concédés aux dispensaires organisés par les Services publics, on en arriverait, en effet, à assimiler une association privée à un service public.

IV. *Dispensaires publics obligatoires.* — Nous n'avons plus qu'à examiner, maintenant, la dernière forme que peut emprunter le dispensaire, c'est celle du dispensaire obligatoire.

Nous savons déjà que la création du dispensaire est, en principe, facultative, elle ne peut devenir obligatoire, nous dit l'article 11, que si, pendant cinq années consécutives, le nombre des décès sur le territoire d'une ou plusieurs communes, dépasse la moyenne de la mortalité en France. L'article 11 nous indique ensuite les formalités multiples qui devront être accomplies avant que la création du dispensaire ne soit imposée à ces communes.

L'analogie de cet article 11 avec l'article 9 de la loi du 15 février 1902, relatif aux travaux d'assainissement, est frappante. Les dispositions de cet article n'ont reçu aucune application, nous avons raison de penser qu'elles seront aussi dans la loi nouvelle une simple clause de style, car un mécanisme aussi compliqué risque fort de ne jamais aboutir. Ajoutons aussi que cet article 11 ne comporte guère le caractère préventif que l'auteur du projet de loi avait désiré lui donner.

Ces dispensaires obligatoires seront des dispensaires publics, mais ils diffèrent de ces derniers sur un point. Le barème démographique de la loi du 14 juillet 1913 fut substitué, en effet, — à la demande de M. Milliès-Lacroix — aux barèmes des lois de 1893 à 1902.

Rien ne justifie cette mesure, car si le barème de 1913 devait être appliqué à une catégorie de dispensaires, c'était à celle des dispensaires facultatifs et non à celle des dispensaires obligatoires. En tous cas, le fait d'en faire bénéficier seulement les dispensaires obligatoires nous paraît inadmissible. Le barème de 1913 est, en effet, plus avantageux pour les communes que ceux de

1893 et 1902. Le législateur a donc rendu la procédure obligatoire moins onéreuse que la procédure facultative. On en arrive à ce résultat fâcheux que les communes peu soucieuses de leur devoir sont plus soutenues par l'Etat que celles qui l'ont accompli d'elles-mêmes, sans y être obligées. N'est-ce pas encourager les communes qui n'ont rien fait jusqu'ici à se laisser imposer le régime obligatoire ?

D'autre part, en accordant le barème de 1913 aux autres dispensaires, on aurait évité toutes les complications qui résultent nécessairement des différents calculs de ces divers barèmes.

Il est fort regrettable, pensons-nous, qu'ici l'exception ne soit pas la règle et que le dispensaire, au lieu d'être facultatif en principe, ne soit pas obligatoire.

Le législateur a plus compté sur le concours et la bonne volonté des intéressés que sur l'obligation.

A-t-il eu raison ?

Nous ne le croyons pas. « Le caractère facultatif de la loi me semble une faute », disait à la Chambre M. Merlin, lorsque le projet de loi vint en discussion devant elle (1). Nous sommes pleinement de son avis.

Si beaucoup de départements ont répondu à l'appel qui leur avait été adressé, plusieurs, par contre, la minorité il est vrai, ont gardé le plus profond silence (2). Un certain nombre aussi de ces collectivités n'a pas fourni tout l'effort nécessaire.

(1) Séance du 7 avril 1916. J. O. D. P. Chambre S. O. 1916, page 828.

(2) Parmi les départements qui ne possèdent pas de dispensaires, nous pouvons citer : l'Ain, l'Ardèche, les Basses-Alpes, le Cantal, la Charente-Inférieure, le Gers, les Landes, le Lot-et-Garonne, la Lozère, etc.

Si la loi de 1916 avait institué des dispensaires obligatoires, il n'y aurait pas, en 1923, de départements qui en seraient privés ; d'autre part, ceux qui ont déjà créé une organisation anti-tuberculeuse suffisante ont consenti un sacrifice financier tout aussi lourd, plus lourd parfois même (1) que celui qui leur aurait été imposé par le législateur.

En instituant le dispensaire obligatoire, on aurait pu en régler rationnellement la distribution ; une organisation générale couvrant le territoire d'un réseau complet, méthodique, coordonné, aurait pu être ainsi créé.

Disons, en passant, que pour organiser méthodiquement ce réseau, la déclaration obligatoire nous paraît, ici encore, indispensable.

Il est certain qu'il ne peut être question, ici, soit de calquer les divisions administratives en prévoyant automatiquement, par exemple, un dispensaire pour chaque arrondissement ou de déterminer qu'un de ces établissements sera créé pour un chiffre déterminé d'habitants. En effet, pour tel arrondissement, d'une population agricole de 80.000 habitants, un dispensaire peut suffire, tandis que pour tel canton industriel, groupant un nombre d'habitants beaucoup moins important, un dispensaire ne suffira pas.

Nous pouvons ajouter aussi que le caractère obligatoire du dispensaire obligerait naturellement les Administrations publiques à participer à leur création,

(1) L'arrondissement de Gourdon, dont la population agricole s'élève à 60.000 habitants, possède quatre dispensaires : Gourdon, Gramat, Souillac, Labastide-Murat.

à leur fonctionnement et à toutes les dépenses qui en résultent. Nous n'éprouverions plus, alors, d'inquiétude au sujet de l'équilibre financier de ces établissements, tandis qu'à l'heure actuelle, souvent les initiatives privées n'assurent que très difficilement — et pour combien de temps encore ? — le fonctionnement des dispensaires.

D'ailleurs, la lutte anti-tuberculeuse a un véritable caractère national, c'est l'Etat qui doit la diriger et en supporter les plus lourdes charges, tout en faisant appel aux particuliers.

Trois années après le vote de la loi du 15 avril 1916, le législateur a voté la loi du 7 septembre 1919, sur les sanatoria obligatoires. Ce qui a été fait pour les sanatoria doit être fait pour le dispensaire, d'autant plus que le fonctionnement du dispensaire, véritable pivot de la lutte, est beaucoup moins coûteux.

La loi du 7 septembre 1919, d'ailleurs, non seulement rend le sanatorium obligatoire, mais elle l'oblige aussi, en fait — puisque ce n'est qu'à cette condition qu'il peut bénéficier de subvention — à être rattaché à un ou plusieurs dispensaires fonctionnant conformément à la loi du 15 avril 1916. Or, le dispensaire est facultatif.

Les deux lois sont donc, à l'heure actuelle, en contradiction absolue. Il importe donc, pour que le sanatorium puisse toujours être relié au dispensaire, que la création de celui-ci devienne obligatoire.

Malgré tous les avantages que le dispensaire obligatoire présente, le projet de loi sur les Offices d'hygiène sociale, qui vient d'être déposé au Sénat par le Gouvernement, laisse au dispensaire son caractère facultatif.

Ce projet, M. Merlin l'appelait de tous ses vœux lorsqu'à la Chambre des Députés, le 7 avril 1916 (1), il demandait au Gouvernement de revenir avec un projet plus complet que celui sur les dispensaires qui, selon lui, ne devait être qu'une préface. Ce projet a pour but de réaliser une organisation départementale d'hygiène qui engagera la lutte non seulement contre la tuberculose, mais aussi contre les maladies vénériennes et la mortalité infantile.

Ce projet n'étend pas seulement l'action des dispensaires aux autres branches de l'hygiène sociale, il modifie aussi la conception que le législateur de 1916 avait du dispensaire.

La loi du 15 avril 1916, en effet, avait prévu la création des dispensaires, sous la forme d'organismes distincts et séparés, et le mot dispensaire désignait, en même temps, la personne morale et l'établissement matériel, ce qui donnait lieu souvent à des confusions fâcheuses !

La pratique a démontré la nécessité d'organismes de direction et de contrôle, auxquels le projet de loi donne le nom d'office en les distinguant nettement des dispensaires.

Les avantages que l'on peut attendre de ce projet sont nombreux :

D'abord, l'extension de l'action du dispensaire, limitée jusqu'ici à la lutte anti-tuberculeuse.

L'office, ensuite, doit recevoir la personnalité morale, ce qui lui permettra d'accepter des dons et des legs, sur lesquels, jusqu'ici, les dispensaires créés par les Services publics ne pouvaient guère compter. Les personnes

(1) Séance du 7 avril 1916. J. O. D. P. Chambre S. O. 1916, page 829.

bienfaitrices pourront, enfin, entrer dans le Conseil d'administration de l'Office, lorsque cet Office sera l'organisme directeur des dispensaires publics.

On a reproché au législateur de 1916 d'avoir favorisé l'organisation des dispensaires, sans s'être préoccupé de la création des sanatoria. C'est là sans doute une erreur de méthode, ou tout au moins l'indice qu'en 1916 un plan d'organisation anti-tuberculeuse n'existait pas. Il eut été logique, en effet, de prévoir, à côté des dispensaires, organismes de recrutement, des sanatoria destinés à recevoir les malades. Cette lacune ne devait être comblée qu'en 1919, par la loi du 7 septembre, que nous allons examiner dans le chapitre prochain.

CHAPITRE VI

La loi du 7 septembre 1919 instituant des sanatoria obligatoires

Le dispensaire appelait logiquement le sanatorium à sa suite.

Ecole d'hygiène sociale, le dispensaire fait connaître les malades et, sans cette connaissance, aucune organisation systématique de la lutte contre la tuberculose ne peut être entreprise ; il est donc nécessairement le premier pas, le premier stade. Mais le dispensaire ne saurait se suffire à lui-même ; il peut faire l'éducation anti-tuberculeuse des malades, leur donner des conseils de prophylaxie et d'hygiène, désinfecter leur linge, leur fournir des consultations et leur distribuer des médicaments. Mais il ne peut assurer à ceux qui sont gravement atteints l'isolement et les soins continus que nécessite leur état, c'est-à-dire qu'à côté du dispensaire, un établissement d'hospitalisation est indispensable ; le sanatorium traitera et guérira les malades que le dispensaire aura découverts et lui aura envoyés.

Le sanatorium doit jouer aussi un autre rôle, car si, en effet, le sanatorium est un instrument de cure, il est aussi un instrument de prophylaxie. Il réalise l'isolement des malades, les arrache au foyer familial qu'ils risquent de contaminer, fait leur éducation, leur apprend à se soigner et restreint ainsi au minimum les dangers de contagion qu'ils portent en eux.

Pour remplir dignement une telle fonction, le sanatorium doit réunir un certain nombre de caractères relatifs tant aux conditions matérielles de son installation qu'aux règles de son fonctionnement. Quels sont ces caractères ?

Le nom de sanatorium pour tuberculeux doit être réservé aux établissements situés à la campagne, dans un endroit bien choisi, consacrés au traitement des tuberculeux susceptibles de guérison ou de grande amélioration, et possédant les conditions indispensables à un traitement efficace.

Il ne nous paraît pas nécessaire d'examiner de près les diverses parties de cette définition ; nous apercevons déjà avec une netteté suffisante le rôle que doit jouer le sanatorium dans la lutte anti-tuberculeuse. Nous allons donc aborder immédiatement la loi du 7 septembre 1919, qui a donné au sanatorium un statut légal.

MM. André Honnorat et Fernand Merlin sont les auteurs du projet de loi qui vint en discussion le 6 mars 1919 devant la Chambre des Députés (1), et le 11 juillet de la même année devant le Sénat (2). Le projet de loi fut

(1) Séance du 6 mars 1919. J. O. D. P. Chambre S. O. 1919, page 1024.

(2) Séance du 11 juillet 1919. J. O. D. P. Sénat S. O. 1919, page 1121.

rapporté devant la Chambre des Députés par M. Honorat, devant le Sénat par M. Cazeneuve. Les deux Assemblées n'apportèrent que de très légères modifications à ce projet de loi.

La loi du 7 septembre 1919 a un double caractère : celui d'une loi d'assistance d'abord; celui d'une loi d'hygiène sociale ensuite.

Loi d'assistance, car elle permet aux tuberculeux curables, admis à l'assistance médicale gratuite, de bénéficier du droit qui leur est conféré par la loi du 15 juillet 1893 : l'hospitalisation au sanatorium.

Loi d'hygiène sociale, car son but est de réduire la morbidité et la mortalité par tuberculose. A cet effet, et par une dérogation heureuse au principe qui avait inspiré jusqu'ici nos lois d'assistance, elle s'applique non seulement aux indigents, mais aussi à certaines catégories de malades qui ne sont pas nécessairement dénués de ressources, comme nous le verrons plus loin, en examinant l'article 3 de la loi.

L'article 1^{er} nous donne la définition du sanatorium. « Les sanatoria publics sont des établissements spécialement destinés au traitement de la tuberculose, sous toutes ses formes, etc. »

Le mot public accolé au mot sanatorium ne signifie nullement que l'établissement sera un établissement public, jouissant d'une personnalité propre, tel qu'un hôpital, un hospice, un bureau de bienfaisance ou un dispensaire public.

L'article 1^{er} ne prévoit pas, en effet, d'établissements publics spéciaux, il prévoit simplement des sanatoria

créés et gérés par l'Etat, les départements et les communes, les établissements publics ou d'utilité publique. Donc, les sanatoria de la loi de 1919 n'ont pas de personnalité propre, leur personnalité se confond avec celle de la collectivité ou de l'établissement public qui en assure la gestion. On peut assimiler, par exemple, le sanatorium au dispensaire prévu au titre III de la loi du 15 avril 1916.

Si le sanatorium est ainsi dénommé, c'est, croyons-nous, parce qu'il a été créé en grande partie au moyen de fonds publics, soit par l'Etat, soit par des établissements publics ou d'utilité publique, soit encore par des sociétés mutualistes qui ont avec l'autorité publique des liens très étroits.

Ce qualificatif, enfin, doit être destiné surtout à opposer en quelque sorte le sanatorium auquel on l'attribue au sanatorium privé qui, lui, est créé par un particulier, en dehors de toute intervention d'une autorité publique.

Il ne faut pas, selon nous, lui donner d'autre sens que celui dans lequel il est employé par la loi de 1838, qui distingue les asiles d'aliénés en asiles publics et en asiles privés.

L'article 1^{er} contient une innovation. Il fait bénéficier, en effet, du titre de sanatorium public, avec les avantages qui en résultent, les sanatoria gérés par des Associations d'utilité publique ou des Sociétés et Unions de secours mutuels. Le législateur a favorisé ces associations et sociétés, car en créant des sanatoria, ils participent à la lutte anti-tuberculeuse et méritent d'être encouragés. Cette assimilation d'une œuvre privée à un service public ne saurait être cependant complète.

L'article 25, d'ailleurs, du décret du 10 août 1920, prend le soin de nous dire que les sanatoria assimilés conservent leur autonomie financière et leur administration propre.

La loi s'applique à toutes les formes curables de la tuberculose, aussi bien osseuse que pulmonaire, susceptibles de bénéficier utilement du régime du sanatorium.

Le mot pulmonaire, en effet, a été rayé du texte de l'article 1^{er}, et M. Chassaing, à la Chambre des Députés, a obtenu que le mot fut supprimé à l'article 5 (1).

Les sanatoria sont spécialement destinés « au traitement » de la tuberculose, nous dit l'article 1^{er} de la loi, et l'article 1^{er} du décret du 10 août 1920 précise que les malades qu'ils recrutent « doivent pouvoir y être soignés utilement ». Il résulte de ces textes que les hôpitaux-sanatoria, hôpitaux spécialisés recueillant uniquement les tuberculeux trop gravement atteints pour être soignés dans les sanatoria, ne peuvent être assimilés à ces derniers et, de ce fait, bénéficier des nombreux avantages de la loi du 7 septembre 1919.

Cependant, si les hôpitaux-sanatoria ne sont pas des établissements de cure, s'ils ne reçoivent que des tuberculeux qui ne sont plus susceptibles soit de guérison, soit de grande amélioration ou même souvent d'une amélioration quelconque, ils participent vigoureusement à la lutte anti-tuberculeuse et les résultats qu'il lui permettent et lui permettraient d'atteindre, légitimeraient à notre avis, pour ces hôpitaux-sanatoria, l'octroi des

(1) Séance du 6 mars 1919, J. O. D. P. Chambre S. O. 1919, page 1027.

mêmes privilèges que la loi, à l'heure actuelle, réserve seulement aux sanatoria.

L'hôpital-sanatorium est, en effet, un merveilleux instrument de prophylaxie. N'admettant que les tuberculeux chez lesquels le mal a causé des ravages irréparables, il réalise l'isolement parfait de ces malades *très* dangereux pour leur entourage, qu'ils restent à leur foyer ou qu'ils soient envoyés à l'hôpital. Nous avons vu, hélas, que même à l'heure actuelle, la majorité des hôpitaux n'avait prévu ni salles, ni quartiers spéciaux pour les tuberculeux. D'autre part, les établissements qui ont séparé les tuberculeux des autres malades n'ont pas, cependant, obtenu un isolement aussi parfait que l'hôpital-sanatorium.

Il conviendrait donc, à notre avis, d'étendre le bénéfice de la loi de 1919 à cette catégorie d'établissements, afin d'en augmenter le nombre. En raison des frais élevés que la construction de ces hôpitaux-sanatoria nécessite, nous ne demandons pas que le législateur en rende la création obligatoire, mais nous souhaitons, par contre, que toute région n'en possédant pas, dispose au moins d'un hôpital où l'isolement des tuberculeux soit enfin réalisé.

Ce résultat doit et peut très facilement être atteint. Si la construction d'un hôpital-sanatorium ou même d'un pavillon dépendant de l'hôpital exige un sacrifice pécuniaire souvent trop lourd, l'aménagement de salles spéciales, mais situées dans le bâtiment commun, n'entraîne pas des dépenses si excessives qu'elles ne puissent être effectuées.

Il faut donc exiger cet isolement, soit que le législateur l'impose expressément, soit que le vœu suivant, que M. Klotz, le 19 décembre 1913 (1), faisait voter par la Commission de préservation de la tuberculose, soit enfin entendu :

« La Commission de préservation contre la tuberculose émet le vœu que l'attribution des subventions par les commissions du pari mutuel et des jeux à des hôpitaux ou hospices, soit toujours subordonnée à la création, en vue de l'isolement des tuberculeux, de chambres, salles ou quartiers spéciaux, selon l'importance de l'hôpital. »

Les hôpitaux-sanatoria ne sont pas les seuls établissements qui, hospitalisant des tuberculeux, ne bénéficient pas des avantages de la loi du 7 septembre 1919.

Cette loi ne s'applique pas non plus au Préventorium, « maison de plein air où les enfants pré-tuberculeux — c'est-à-dire nés de parents tuberculeux — sont soumis à un régime hygiénique, avec alimentation surveillée, avec aération continue, avec repos, instruction et entraînement physique, respectivement dosés par la collaboration d'un médecin et d'un pédagogue » (2).

Les conseillers techniques du Ministère de l'Hygiène déclarèrent, en effet, que le terme de pré-tuberculeux n'avait aucun caractère scientifique, qu'il englobait les catégories de malades les plus diverses et que, pris dans son acception habituelle, il ne signifiait nullement que les personnes auxquelles on l'appliquait fussent atteintes

(1) Recueil des travaux de la Commission permanente de la préservation contre la tuberculose, tome IV, page 371.

(2) Définition que nous empruntons à *La Tuberculose pulmonaire*, ouvrage de M. Léon Bernard, page 216.

de tuberculose, condition indispensable pour bénéficier de la loi du 7 septembre 1919.

De ce fait, les enfants prétuberculeux, et parmi eux un grand nombre de véritables tuberculeux, atteints de tuberculose à forme éminemment curable, sont exclus du bénéfice de cette loi.

Cette situation est, il faut en convenir, injuste et déplorable.

Injuste d'abord, car l'assistance aux tuberculeux ne doit pas être limitée aux adultes, c'est à tous qu'elle doit s'adresser, et aux enfants aussi, par conséquent.

Déplorable, car dans la lutte anti-tuberculeuse, l'utilité du préventorium est très supérieure à celle du sanatorium, dont le fonctionnement est loin d'être aussi économique que celui du préventorium.

S'adressant, en effet, à des enfants et à des adolescents chez lesquels l'infection tuberculeuse est à son début et peut être facilement et définitivement enrayée, le préventorium constitue l'organisme de préservation anti-tuberculeuse par excellence.

Aucune action de prophylaxie ne peut être plus féconde et plus efficace que celle qui s'exerce sur l'enfance. L'enfant curable, en effet, deviendra un adulte souvent incurable, et l'assistance, l'hospitalisation qui lui seront accordées à cette époque de sa vie, bien que beaucoup plus onéreuses pour les collectivités, ne donneront pas des résultats aussi satisfaisants.

Les pouvoirs publics se sont récemment préoccupés de cette situation qui ne saurait se prolonger davantage, si l'on désire fermement que la lutte anti-tuberculeuse soit entreprise avec méthode et logique.

M. Paul Strauss, Ministre de l'Hygiène, saisit de cette question la Commission permanente de la tuberculose, qui fut convoquée spécialement les 4 février et 4 mars 1922. Le Rapporteur de cette Commission estime que bon nombre d'enfants classés parmi les pré-tuberculeux ne sont autres que de véritables tuberculeux. Les symptômes qu'ils présentent ne doivent plus être considérés comme la manifestation d'une prédisposition à la tuberculose, mais la révélation d'une tuberculose infantile à forme éminemment curable.

Les pré-tuberculeux constituent donc une catégorie spéciale de tuberculeux curables ; ils rentrent, par conséquent, de plein droit, dans la définition de l'article 1^{er} du décret du 10 août 1920 et, de même, les établissements spécialement réservés à ces malades et dénommés préventoria, constituent des « sanatoria » au sens de la loi du 7 septembre 1919, puisqu'ils sont réservés à des malades tuberculeux susceptibles « d'être traités utilement ».

Les conclusions du Rapporteur furent adoptées par la Commission permanente de la tuberculose, qui donna une définition légale du préventorium et détermina les caractères que le mal devait présenter chez l'enfant pour que ce dernier puisse être admis dans ces établissements.

A la suite de ces différents travaux, un projet de loi fut déposé, en mars dernier, par M. Paul Strauss, Ministre de l'Hygiène.

Ce projet tend à faire bénéficier les préventoria des avantages que la loi du 7 septembre 1919 accorde aux sanatoria. Mais les dispositions de la loi du 7 septembre

1919, et surtout celles du décret du 10 août 1920, ne peuvent s'appliquer purement et simplement aux préventoria. Certaines exigences, en effet, de la loi et du décret ne peuvent être imposées à ces établissements : nécessité d'un médecin-directeur, limitation à 10 du nombre maximum de lits de chaque dortoir, etc.

D'autre part, il est indispensable de prévoir une organisation de l'enseignement scolaire dans ces établissements. Aussi, le projet prévoit qu'un décret sera pris après le vote de la loi, vote que nous espérons très proche.

L'article 2 de la loi détermine les conditions dans lesquelles interviendra le concours financier de l'Etat pour « la création, l'aménagement, l'agrandissement ou la réfection d'un sanatorium public ». Cette participation de l'Etat est très large puisqu'elle peut atteindre, en effet, 50 % des dépenses totales. L'Etat, nous le voyons, ne s'est pas contenté d'imposer le sanatorium, il s'est reconnu un devoir de concours, qui lui donne un droit de contrôle indispensable pour bien diriger la lutte anti-tuberculeuse.

Nous ne pouvons qu'approuver cette politique conforme à l'intérêt et aux devoirs de l'Etat. Si l'Etat, spectateur passif, s'était, en effet, entièrement reposé sur les initiatives individuelles du soin d'organiser ces établissements de cure, nous n'aurions pas vu augmenter le nombre de nos sanatoria, au cours de ces dernières années.

Il ne faut pas oublier, en effet, que l'installation d'un sanatorium impose des frais de premier établissement

devant lesquels il est naturel que les initiatives privées reculent. Sans doute, la bienfaisance privée peut entrer en ligne de compte, mais en faisant fond uniquement sur elle, on s'exposerait à des résultats singulièrement aléatoires et incomplets. Le législateur de 1919 a compris — nous l'en félicitons — que c'était à l'Etat, dont l'action a la continuité et la régularité qui manquent aux individus et aux groupements privés, qu'incombait le soin de donner à la création des sanatoria populaires l'impulsion et la vigueur nécessaires.

Mais cette participation de l'Etat est subordonnée à deux conditions :

La première est qu'il devra être justifié que le sanatorium est rattaché à un ou plusieurs dispensaires d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse. Il est, certes, nécessaire qu'un lien étroit unisse ces deux organismes qui se complétant l'un par l'autre, poursuivent, sous des formes différentes, le même but : la lutte anti-tuberculeuse. Sans ce lien, l'effort se disperserait et serait, de ce fait, en partie perdu.

Il était donc logique de ne prévoir le concours de l'Etat que pour la création d'établissements devant donner le maximum d'effort utile. Mais ce qui est beaucoup moins logique, nous l'avons déjà dit, c'est d'avoir laissé au dispensaire un caractère purement facultatif, car on risque d'aboutir au résultat suivant : la subvention de l'Etat sera refusée à un sanatorium parce que cet établissement n'aura pu se rattacher — malgré son plus profond désir — à un ou plusieurs dispensaires, ceux-ci n'existant pas dans la région du sanatorium. Cette

solution est par trop paradoxale ! Rattacher obligatoirement le sanatorium à des dispensaires est une mesure excellente, mais à condition toutefois qu'elle ait comme juste contre-partie la création obligatoire de ces établissements.

La subvention ne sera d'autre part accordée qu'après « approbation des emplacements, plans et devis ». Nous n'insistons pas sur cette seconde condition, garantie nécessaire qu'il sera fait un emploi utile des fonds inscrits à cet effet au budget.

Le dernier paragraphe stipule que les dépenses faites par l'Etat, au titre du Ministère de l'Intérieur ou du Ministère de la Guerre, pour l'aménagement des locaux qui servaient, pendant la guerre, à l'hospitalisation des militaires tuberculeux, n'entreraient pas en ligne de compte pour le calcul de la subvention de l'Etat. Cette disposition heureuse a eu pour but d'encourager les collectivités qui avaient mis à la disposition du Gouvernement des immeubles pour l'installation des stations et hôpitaux sanitaires, à conserver à ces immeubles leur ancienne destination, en leur donnant l'assurance que l'Etat participerait aux dépenses nouvelles nécessaires pour un aménagement définitif.

Le concours financier de l'Etat n'est pas limité aux dépenses de création du sanatorium. Il intervient également dans les dépenses d'entretien des tuberculeux indigents ou intéressants à d'autres titres, admis dans ces établissements où le prix de la journée, en raison des soins spéciaux qu'exige le traitement de ces malades, est forcément élevé.

L'Etat prend à sa charge la portion du prix de journée du sanatorium excédant le prix de journée d'hospitalisation fixé pour l'hôpital de premier rattachement, c'est-à-dire de l'hôpital où le malade serait hospitalisé par l'application normale de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite. Ce système financier donne lieu à une importante critique, l'Etat seul, en effet, est intéressé à la bonne gestion du sanatorium puisque, dans le prix de journée de ces établissements, il prend à sa charge tout ce qui dépasse le prix de journée de l'hôpital de rattachement. La collectivité gestionnaire, commune, département, n'a aucun intérêt à gérer économiquement le sanatorium, peu lui importe de faire des économies, elle est certaine d'être remboursée, sa participation restant toujours invariable.

L'alinéa 8 de l'article 3 contient bien une garantie, puisque le Ministre fixe annuellement le maximum du prix de journée du sanatorium public, mais cette garantie est insuffisante, car si, ainsi qu'il paraît résulter de l'article 18 du décret du 10 août 1920, les dispositions de la loi du 14 février 1921 et du décret du 9 février 1922, sont applicables aux sanatoria, lors de la clôture de l'exercice, les sanatoria sont en droit de réclamer à l'Etat la différence entre le prix de journée fixé et le prix de journée de revient (s'il y a une différence de plus de 1 % à leur détriment).

Il serait donc préférable, croyons-nous, que la part de dépense incombant au gestionnaire du sanatorium soit proportionnelle à l'ensemble de la dépense. Cela n'empêcherait pas, d'ailleurs, de fixer la proportion de telle

sorte que l'Etat prenne à sa charge la plus large part.

Quels sont les malades qui ont droit à la participation de l'Etat ?

En premier lieu, les malades admis à l'assistance médicale gratuite. .

D'autres tuberculeux — c'est là l'innovation heureuse de cette loi du 7 septembre 1919, véritable loi d'hygiène sociale en même temps que loi d'assistance — peuvent eux aussi bénéficier du concours financier de l'Etat.

Ce sont d'abord les malades affiliés depuis trois ans au moins à une société de secours mutuels réassurant ses adhérents contre les maladies de longue durée.

Nous savons gré au législateur d'avoir réservé cette faveur à ceux qui font preuve de prévoyance, tout en nous demandant, cependant, si cette disposition de la loi n'est pas de nature à imposer un jour ou l'autre à l'Etat des charges financières bien lourdes ?

Ensuite, les malades dépendant des collectivités qui auront contribué à la création d'un sanatorium public.

Il était juste, en effet, de conférer certains avantages aux associations et groupements qui emploient une partie de leur capital à la fondation d'un établissement de cette nature.

Enfin, « les malades ne bénéficiant pas de la loi du 15 juillet 1893, dont l'admission aura été sollicitée par un dispensaire d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse ».

Cette disposition de la loi est fort heureuse, elle aussi, car elle permet de resserrer davantage encor le lien qui doit unir le dispensaire, organisme de recrutement, au sanatorium, organisme de traitement.

Le dispensaire pourra envoyer au sanatorium les tuberculeux qui, possédant quelques ressources, ne peuvent prétendre au bénéfice de la loi du 15 juillet 1893. Ces malades, bien que n'étant pas indigents, n'ont pas cependant les moyens suffisants pour supporter entièrement les lourdes dépenses d'un séjour au sanatorium, l'Etat viendra à leur aide.

Signalons que ce paragraphe 3 de l'article 3 a donné lieu à des difficultés d'application.

Certains départements ont prétendu, en effet, que tous les malades qui n'étaient pas inscrits à l'assistance médicale gratuite — même les malades aisés — dont l'admission était sollicitée par un dispensaire, pouvaient bénéficier des dispositions de ce paragraphe 3. Si cette manière de voir — qui, d'ailleurs, n'est pas contraire au texte de la loi — avait été partagée par l'Administration, l'application de ce paragraphe aurait été fort difficile, en raison des formalités de recouvrement sur chaque intéressé, et notamment des recours à exercer en justice contre ceux qui auraient pu contester l'appréciation faite par l'Etat de leur situation matérielle. Aussi, l'Administration a-t-elle estimé — à juste titre, croyons-nous — que les malades aisés devaient s'entendre directement avec les sanatoria. Elle a décidé que le bénéfice de l'article 3 (paragraphe 3) serait réservé seulement aux malades qui, n'étant pas inscrits à l'assistance médicale gratuite, n'ont pas les ressources suffisantes pour acquitter la totalité du prix du sanatorium.

Le dispensaire qui a sollicité le placement devra faire

l'avance des frais d'entretien, sauf à récupérer sur les malades une part en rapport avec leurs moyens d'existence et sur l'Etat la part qui dépasse le prix de journée de l'hôpital. Il va de soi que si le malade peut verser une somme supérieure à celle que le prix de journée représente, la dépense de l'Etat ne sera plus aussi élevée.

Mais si la participation de l'Etat est acquise à la catégorie de tuberculeux dont nous venons de parler, le prix de journée de l'hôpital de rattachement devra être cependant acquitté. Nous venons de dire qu'en principe le dispensaire en récupérerait une partie plus ou moins grande sur le tuberculeux. En réalité, le plus grand nombre de leurs malades, lorsqu'ils ne sont pas indigents, ne sont même pas en mesure de payer ce prix de journée de l'hôpital de rattachement. Dans ces cas-là, c'est donc le dispensaire qui devra se substituer aux malades. Or, nous savons que presque toujours ces établissements ne possèdent que les ressources strictement nécessaires pour assurer leur fonctionnement ; ils ne pourront donc envoyer au sanatorium que les tuberculeux capables de faire l'avance, intégrale ou presque, de ce prix de journée de l'hôpital de rattachement.

Toute une catégorie de phtisiques se trouve donc exclue, en fait, du bénéfice de la loi du 7 septembre 1919.

C'est pour cette raison que nous nous demandons si les lourds sacrifices pécuniaires consentis si généreusement par l'Etat, soit pour la création, soit pour le fonctionnement du sanatorium, ne l'autoriseraient pas à exiger que les communes et les départements se

montrent très larges lorsqu'il s'agit de faire bénéficier les tuberculeux de l'assistance médicale gratuite ?

La question est évidemment très délicate, d'autant plus même que ces collectivités se montrent, au contraire, très strictes envers les tuberculeux qui demandent le bénéfice de la loi, car l'hospitalisation de ces malades est longue et, de ce fait, fort onéreuse.

Il n'en est pas moins certain que l'Etat ne peut supporter à lui seul presque toute la dépense et, d'autre part, il n'en est pas moins certain aussi qu'il est déplorable et injuste que la porte du sanatorium demeure fermée à la classe intermédiaire entre la classe indigente et la classe relativement aisée.

La loi de 1838 oblige les départements et les communes à payer presque intégralement les frais causés par l'internement des aliénés, puisque l'Etat ne prend à sa charge que ceux d'entre eux qui n'ont pas de domicile de secours communal ou départemental (soit en moyenne 5 % de ces aliénés). La loi de 1919 ressemble peu à celle de 1838 ! S'il est juste, en effet, que dans la lutte anti-tuberculeuse, lutte dont le caractère est nettement national, l'Etat supporte la plus grosse part des dépenses, il nous paraît également équitable que les communes et les départements y participent, eux aussi, dans une proportion plus forte que celle fixée par la loi.

L'article 4 de la loi dispose qu'un décret déterminera :

1° Les conditions techniques et hygiéniques d'établissement et de fonctionnement que devront remplir les sanatoria publics ;

2° Les conditions dans lesquelles s'exercera sur ces

établissements la surveillance de l'autorité publique ;

3° Les conditions de recrutement et de nomination par voie de concours sur titres, des médecins-chefs auxquels appartiennent l'autorité sur tout le personnel et la responsabilité générale de la conduite de l'établissement.

Ce décret, auquel nous nous sommes déjà quelques fois reportés, fut promulgué le 10 août 1920.

Nous examinerons très rapidement quelques-uns seulement de ces articles ; tous ceux qui règlent les conditions techniques et hygiéniques d'établissement ou de fonctionnement et les conditions de recrutement des médecins n'appellent, en effet, aucune remarque ayant un caractère juridique bien déterminé..

L'article 15 du décret, tout d'abord, est de nature à donner lieu à des difficultés. Il prévoit que la gestion du sanatorium est confiée à un médecin-directeur, sous la surveillance de commissions gratuites. Inspiré de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 18 décembre 1839, sur les asiles d'aliénés, cet article prévoit une organisation acceptable pour un sanatorium dont la gestion est assurée par l'Etat, le département ou la commune, mais difficilement applicable au sanatorium dont la gestion est assurée par un établissement public.

Dans ce cas, en effet, il existe déjà une Commission administrative, à côté de laquelle l'article 15 institue un Conseil de surveillance. La coexistence de cette Commission et de ce Conseil est difficile à réaliser pratiquement, étant donné notamment les pouvoirs que les Commissions administratives tiennent des textes spéciaux qui les régissent et que le décret ne peut leur enlever.

L'article 16, d'autre part, donne des pouvoirs très étendus aux médecins. Ici encore, lorsque le sanatorium sera géré par un établissement public, la Commission administrative se verra dépouillée d'une grande partie de ses attributions, attributions qui lui ont été cependant conférées par des lois spéciales : loi du 7 août 1851 pour les hôpitaux, loi du 5 décembre 1922 pour les dispensaires.

L'article 17 confie au receveur-économe le soin de seconder le médecin-directeur. Or, ce dernier est ordonnateur. Cet article ne respecte guère le principe de la séparation d'ordonnateur et de comptable. En outre, le mode de nomination du receveur-économe par le représentant de l'autorité gestionnaire est quelque peu critiquable. D'une manière générale, en effet, le receveur est nommé par le Préfet. Or, avec l'article 17, c'est la Commission administrative qui désigne le receveur du sanatorium géré par un hôpital, alors que le receveur de l'hôpital gestionnaire est nommé, lui, par le Préfet.

C'est l'article 18 qui paraît avoir autorisé les dérogations que nous venons de signaler puisqu'en principe il rend applicable la réglementation des hospices et établissements de bienfaisance aux sanatoria « en tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions qui précèdent ». Nous sommes surpris qu'étant donné le principe posé de l'assimilation des sanatoria aux établissements de bienfaisance, le décret prévoit des dérogations aussi graves.

Nous ferons remarquer, enfin, que l'article 21 est illégal. Il confie, en effet, à un simple règlement intérieur

le soin de fixer le régime des retraites. D'après la loi du 5 avril 1910, article 10, il faut un décret contresigné par les Ministres du Travail, de l'Hygiène et des Finances.

L'article 5 de la loi oblige les départements à hospitaliser leurs tuberculeux admis à l'assistance médicale gratuite. Les départements devront, s'ils n'ont pas de sanatorium public, traiter avec un sanatorium d'un autre département ou même avec un sanatorium privé. Les dispositions de cet article 5 sont en tous points semblables à celles de l'article 1^{er} de la loi du 30 juin 1838 sur les établissements d'aliénés.

Le projet de loi prévoyait que cette hospitalisation deviendrait obligatoire deux ans après le vote de la loi. M. Lhopiteau demanda au Sénat (1) que le délai fût porté à dix ans. Cet amendement ne fut pas adopté, mais notre Haute Assemblée décida que la loi ne serait applicable que cinq ans après sa promulgation. Ce délai de cinq ans fut porté à 10 par la loi de finances du 31 décembre 1921.

Actuellement, et jusqu'au 7 septembre 1929, les départements sont donc libres de ne pas placer leurs tuberculeux dans les sanatoria. Bien que la date de l'application de la loi soit encore bien éloignée, nous nous demandons avec inquiétude si les départements seront en mesure, en 1929, de procurer à leurs tuberculeux l'hospitalisation au sanatorium ? Le nombre de ces établissements est encore en nombre bien insuffisant à cet effet. D'autre part, nous nous demandons aussi si le

(1) Séance du 11 juillet 1919. J. O. D. P. Sénat. S. O. page 1124.

législateur de 1919 a prévu les conséquences financières qui résulteraient de l'application de la loi ? Si tous les tuberculeux visés à l'article 3 de la loi demandent, en effet, leur admission dans un sanatorium, l'Etat aura à supporter une charge extrêmement lourde ! Nous souhaitons que le législateur de 1930 ne regrette pas le geste généreux accompli en 1919, et qu'il vote les crédits nécessaires afin que l'œuvre entreprise par son prédécesseur ne demeure pas stérile.

La loi ne paraît pas avoir envisagé le cas des communes qui possèdent une organisation autonome de l'assistance médicale conformément à l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893. Il n'est pas douteux, croyons-nous, que la même obligation existe aussi pour ces communes et que si, postérieurement au 7 septembre 1929, elles n'appliquaient pas la loi, le bénéfice de l'organisation autonome pourrait leur être retiré, sans préjudice de la sanction édictée par le paragraphe 2 de l'article 5 de la loi.

Le titre de la loi régit les sanatoria privés. Ces établissements sont soumis, cependant, au contrôle de l'Etat. Cette disposition de la loi est heureuse, car lorsqu'un sanatorium a été créé, même indépendamment de tout concours de l'Etat, même lorsqu'il constitue une entreprise à bénéfice, il est juste que l'Etat en surveille jusqu'à un certain point le fonctionnement, car si sa gestion est défectueuse, la santé publique s'en trouvera atteinte.

Pour que l'armement anti-tuberculeux atteigne son but, il faut qu'aucune des parties dont il se compose ne

soit inférieure à sa tâche. Et c'est à l'Etat qu'incombe la mission de vérifier la solidité de l'armature tout entière.

La loi sur les dispensaires n'avait pas prévu l'assistance matérielle au tuberculeux soigné à domicile ; la loi sur les sanatoria que nous venons d'examiner ne prévoit pas davantage l'assistance matérielle à la famille du tuberculeux hospitalisé au sanatorium.

Il est cependant indispensable de secourir la famille du tuberculeux. Ce n'est qu'à cette condition, en effet, que ce malade consentira à entrer au sanatorium qui, à l'heure actuelle, n'est ouvert en fait qu'aux célibataires.

C'est pour combler cette nouvelle lacune de la loi de 1893 que M. Merlin, le 16 mai 1919, présentait à la Chambre des Députés une proposition de loi qui prévoyait, à côté d'un secours alimentaire à tout tuberculeux soigné à domicile sous le contrôle du dispensaire, un secours de famille, renouvelable de trois mois en trois mois, à la famille du tuberculeux hospitalisé.

Nous déplorons vivement que cette proposition de loi ne fût pas retenue !

CHAPITRE VII

L'obligation dans la lutte anti-tuberculeuse

Nous venons d'examiner, au cours de ces derniers chapitres, l'armement législatif et administratif anti-tuberculeux dont nous sommes actuellement dotés. Il nous reste maintenant à déterminer la valeur de cet armement, les résultats que l'on peut en espérer, les modifications nécessaires qu'il conviendrait, à notre avis, d'apporter à cette législation pour que la lutte engagée contre le fléau devienne réellement effective.

Mais avant de porter un jugement sur la charte de l'action anti-tuberculeuse en France, il nous paraît nécessaire de consacrer un court chapitre à une des plus intéressantes questions posées par le péril tuberculeux : cette question, que nous avons effleurée déjà en parlant notamment de la déclaration obligatoire et du dispensaire obligatoire, est la suivante :

La lutte anti-tuberculeuse doit-elle revêtir un caractère obligatoire ?

En France, nous sommes, en général, hostiles aux

mesures imposées et enclin — trop souvent d'ailleurs — à considérer que toute obligation porte les plus graves atteintes à notre liberté. Nous ne comprenons pas une pression exercée sur nous pour nous faire exécuter des actes que dans bien des cas nous ne demandons qu'à accomplir. Souvent aussi, cette contrainte nous déplaît d'autant plus qu'elle nous vexera plus profondément, et cela sans grande utilité...

Dans la lutte anti-tuberculeuse, nous devons reconnaître avec franchise que non seulement nous devons tolérer cette obligation, mais que même nous devons l'accueillir avec satisfaction, car ici elle est non seulement nécessaire, elle est indispensable. Il est difficile, en effet, d'attendre du bon vouloir des communes et des départements des initiatives ayant, comme première conséquence, de nouveaux sacrifices pécuniaires importants lorsque les charges fiscales de ces collectivités sont déjà si lourdes ! Sans insister davantage, nous voyons déjà que le premier et le plus grand avantage que le caractère obligatoire de la lutte anti-tuberculeuse va nous procurer sera la création d'organismes indispensables qui, vraisemblablement, sans lui, n'auraient pas vu le jour. D'autre part, on doit convenir que limitée aux rouages essentiels dont l'importance ne peut être discutée, l'obligation ne comporte nulle mesure vexante ou pénible à exécuter, et l'on ne voit pas pour quelles raisons elle ne serait pas acceptée avec la plus parfaite bonne grâce par les départements et les communes : c'est à ces collectivités, en effet, qu'elle s'adresse et non à chaque individu pris isolément. Nous devons faire

remarquer aussi que si l'Etat impose la lutte contre le fléau, il l'impose avec beaucoup de douceur, n'hésitant pas — ce qu'il n'a pas toujours fait (1) — de prendre à sa charge les plus lourdes dépenses.

Il faut donc souhaiter, pensons-nous, que le Parlement qui, pour la première fois, a donné à la lutte anti-tuberculeuse un caractère obligatoire en votant la loi sur les sanatoria, affirmera de plus en plus le principe d'obligation, en l'étendant à l'inspection départementale d'hygiène, aux dispensaires et aux préventoria.

Mais si nous souhaitons que les Hautes Assemblées imposent aux départements et aux communes la création des organismes indispensables pour combattre la tuberculose avec efficacité, nous ne souhaitons pas, bien au contraire, que l'obligation quitte le terrain collectif pour être placée sur le terrain individuel. Ici, en effet, les conséquences ne sont plus de la même nature. Elles ne sont plus d'ordre fiscal, elles sont d'ordre moral. Ce n'est plus un effort nécessaire et facile à donner que l'on demande aux collectivités, c'est, le plus souvent, un douloureux sacrifice, très pénible à supporter, que l'on exige de l'individu. Et de ce grand sacrifice l'on ne retirera, souvent, que de très problématiques avantages.

Aussi, nous ne sommes partisan ni de l'interdiction du mariage aux tuberculeux, ni de l'internement obligatoire des tuberculeux dans les sanatoria (2).

(1) En ce qui concerne l'internement des aliénés notamment.

(2) Déjà en 1900, la Norvège a promulgué une loi spéciale visant les maladies tuberculeuses. Aux termes de cette loi, la Commission d'hygiène a le droit de décider l'isolement du malade dans un hôpital. (Compte rendu de la Conférence Internationale contre la Tuberculose tenue à Paris, du 17 au 21 octobre 1920, page 166.)

En interdisant le mariage aux tuberculeux, on porterait une rude atteinte aux libertés individuelles, et cela sans profit ; il est probable même que cette mesure aurait des conséquences encore plus néfastes, au point de vue qui nous intéresse ici, que celles qui pourraient résulter d'une telle union.

En effet, les conséquences néfastes du mariage du tuberculeux, c'est la naissance, non pas d'enfants tuberculeux — puisque l'on nous assure que la tuberculose n'est pas héréditaire — mais pré-tuberculeux, c'est-à-dire appelés à peu près sûrement à contracter le mal en vivant dans un milieu contaminé. Ces enfants, en grande majorité, vont donc devenir phtisiques, si on ne les retire pas à leurs parents malades, et seront, de ce fait, un jour ou l'autre, à la charge de la société.

Mais interdire le mariage aux tuberculeux, n'est-ce pas prêcher en faveur de l'union libre ? N'est-ce pas véritablement l'encourager ? De plus, cette union sanctionnée par la loi sera, souvent non seulement remplacée par une union libre, mais par des unions libres. En dehors de toutes les considérations d'ordre moral, loin d'être dénuées de valeur, on aperçoit facilement les dangers qui résulteraient, au point de vue purement tuberculeux, d'une telle interdiction. On désirait restreindre les ravages causés par le fléau et on va lui permettre, ainsi, d'en accomplir de plus considérables encore.

Il serait regrettable, également, de rendre obligatoire l'internement des tuberculeux dans les sanatoria. Tout d'abord, nous pouvons nous demander si les partisans

d'une telle mesure sont bien fondés en assimilant ainsi les tuberculeux aux criminels et aux aliénés ?

Certes, le tuberculeux, en propageant le mal tout autour de lui, peut devenir très dangereux pour ceux qui vivent dans son entourage immédiat. Comme le criminel, il peut causer la mort, et comme l'aliéné, il risque de la donner. Il est certain qu'en l'isolant dans un sanatorium, on pourrait parer à ce danger.

Mais, à la différence du criminel, le tuberculeux ne désire pas mettre fin à la vie de ses semblables, et si l'aliéné ne comprend pas et ne peut comprendre la portée des actes qu'il accomplit, le tuberculeux averti se rendra aisément compte du grave préjudice qu'il peut causer à autrui.

Contre le criminel, la société ne dispose pas d'autres moyens de défense que l'internement — quelles garanties pour l'avenir pourrait-elle, en effet, obtenir d'individus qui n'ont pas hésité à accomplir les actes les plus monstrueux ? — et contre l'aliéné, l'asile — elle ne peut, en effet, exercer une surveillance continue sur chaque aliéné. — Par contre, la collectivité dispose de meilleures armes pour se protéger des tuberculeux, d'autant mieux que ce dernier n'est redoutable qu'à la longue et qu'en observant rigoureusement certaines prescriptions, ce malade est tout à fait inoffensif.

Quelles sont donc ces armes ?

Nos dispensaires qu'il faut multiplier ; les infirmières visiteuses qu'il faut recruter en plus grand nombre, et qui pourront d'autant plus facilement se rendre auprès de chaque tuberculeux que la déclaration sera obligatoire ; l'éducation du public qu'il faut de plus en plus

développer pour que celui-ci comprenne de mieux en mieux la nature du mal et les obligations respectives qu'il crée entre le malade et la collectivité.

Et ayant recours à toutes ces mesures, on pourra atteindre un résultat qui protégera suffisamment la société, sans rendre le tuberculeux de notre époque semblable au lépreux du Moyen-Age, sans avoir à lui reprocher, d'une façon cruelle, le mal qui le ronge, sans avoir à lui montrer d'une façon impitoyable qu'il est rayé des cadres d'une société, qui établirait ainsi une frontière infranchissable entre les êtres sains et ceux qui ne le sont pas.

Mais, jusqu'ici, nous n'avons envisagé qu'un côté de la question, la protection de la collectivité contre le tuberculeux, nous n'avons pas examiné l'autre côté de la question, bien intéressant, lui aussi : la guérison du tuberculeux.

Interné dans le sanatorium, le tuberculeux ne sera plus dangereux, en effet, mais sa santé va-t-elle s'améliorer ? Nous ne le croyons pas, car il ne faut pas oublier qu'ici, le facteur moral joue un rôle de premier plan, et qu'il est indispensable, pour que le tuberculeux guérisse, qu'il en ait le profond désir. Cet élément moral sur lequel on est obligé de compter, nous fait dire qu'ici aussi, la persuasion nous paraît bien préférable à l'obligation :

C'est par la persuasion que l'on fera comprendre à la mère tuberculeuse que son devoir est de se séparer de son enfant, c'est encore par la persuasion que l'on montrera au tuberculeux que non seulement son devoir, mais aussi son intérêt lui commandent de se faire

soigner et d'entrer au sanatorium. De lui-même, il y partira souvent, plein d'espoir dans sa guérison future.

Nous avons dit plus haut que nous ne désirions pas que l'obligation aborde le terrain individuel. Il est cependant deux mesures que nous serions profondément heureux de voir imposées à l'individu : la déclaration obligatoire de la tuberculose et l'interdiction de l'alcool. La lutte contre la tuberculose ne peut être menée à bonne fin, en effet, tant que la déclaration ne deviendra pas obligatoire et tant que l'alcool sera toléré.

En ce qui concerne la déclaration tout d'abord, est-ce que l'on peut considérer qu'en imposant cette mesure, on exigerait de l'individu un sacrifice pénible ? Le tuberculeux, nous l'avons vu plus haut, ne sera-t-il pas le premier, en effet, à en retirer des avantages inappréciables, et cela sans inconvénient pour lui si cette déclaration est entourée de toute la discrétion désirée...

Il est nécessaire, aussi, que l'alcool soit interdit en France. Il serait inadmissible, en effet, de demander au pays un lourd effort pécuniaire que l'alcool rendrait inutile. La lutte anti-tuberculeuse est une question d'argent, a-t-on dit, c'est exact, mais en partie seulement, car l'argent ne suffit pas. Combattre la tuberculose, c'est aussi combattre ses causes, dont l'alcoolisme est la plus importante, et ici ce sont des mesures efficaces dont nous avons besoin. On doit donc, ici, demander à l'individu de renoncer à une satisfaction aussi égoïste que néfaste ; plusieurs pays, où les libertés individuelles sont aussi respectées que dans le nôtre, l'ont déjà compris, nous pouvons et nous devons suivre leur exemple...

CONCLUSION

Quelle est la valeur de l'armement légal dont nous sommes actuellement dotés ? Quels sont les résultats que l'on peut en attendre ? Quelles sont les modifications qu'il conviendrait d'apporter à cette législation pour qu'une victoire complète soit remportée sur le fléau ? Telles sont les questions que nous voulons examiner rapidement dans notre conclusion.

Il est hors de doute que nos deux lois de 1916 et de 1919 marquent un progrès très appréciable sur le néant qui les avait précédées, aussi, malgré les nombreuses critiques que nous avons pu leur adresser, nous rendons un juste hommage à ceux qui nous les ont données.

Grâce à ces deux lois de 1916 et de 1919, un magnifique effort a pu déjà être accompli ; des résultats très intéressants sont déjà obtenu : c'est ainsi que nous voyons chaque jour augmenter le nombre de nos organismes de lutte : hier 46 dispensaires et 12 sanatoria ; aujourd'hui 425 dispensaires et 52 sanatoria.

Ces établissements, dont le nombre est encore bien faible en raison du chiffre si élevé de tuberculeux qu'il faut examiner et hospitaliser, permettent d'opposer une défense sévère au fléau.

Mais nous ne devons pas nous laisser aller à un optimisme dangereux. Nous ne devons pas nous contenter, en effet, de tenir la tuberculose en échec, en lui interdisant d'étendre plus loin ses ravages, nous devons remporter sur elle une victoire complète. Il ne suffit pas de limiter, il faut supprimer le mal.

Dans ces conditions, nous nous demandons si l'armement légal dont nous disposons à l'heure actuelle, nous permet d'atteindre ce résultat ?

Nous ne le croyons pas, car notre législation anti-tuberculeuse laisse de côté toute une catégorie de tuberculeux, et, d'autre part, ceux à qui elle s'adresse peuvent rarement bénéficier des avantages qu'elle semble vouloir leur assurer...

Ces lois ne sont pas seulement imparfaites à notre avis, elles sont aussi fort incomplètes ; il reste de bien graves lacunes à combler si l'on désire que la lutte entreprise ne demeure pas stérile !

Aussi souhaitons-nous une refonte complète de notre législation. Améliorer et compléter, tel doit être le programme qu'il faut suivre, programme dont nous nous bornerons à ne donner que les grandes lignes.

Améliorer, d'abord. Nous commencerons par le dispensaire, qu'il faut rendre obligatoire. Ce n'est qu'à cette condition que nous pourrions obtenir une organisation générale couvrant le territoire d'un réseau complet, méthodique et coordonné. Ce n'est qu'à cette condition, aussi, que les ressources indispensables au fonctionnement de ces établissements leur seront assurées.

Le dispensaire, enfin, doit être ouvert à tous les

tuberculeux, aussi bien pour les examens radioscopiques ou bactériologiques que pour les conseils de prophylaxie.

Le sanatorium, qui ne sera obligatoire qu'en 1929, ne doit pas rester fermé à toute une classe de tuberculeux qui, n'étant pas indigents, ne peuvent, cependant, pas acquitter le prix de journée de l'hôpital de rattachement. L'admission au sanatorium doit être très large, ce qui n'empêche pas un contrôle sévère de s'exercer, afin d'éviter que des malades aisés bénéficient injustement de la gratuité de ces établissements de cure. Les avantages de la loi du 7 septembre 1919 doivent être conférés aux préventoria et aux hôpitaux-sanatoria, en raison de leur participation active et des plus utile à la lutte anti-tuberculeuse.

Mais il ne suffit pas d'améliorer notre législation, il importe aussi de la compléter, avons-nous dit.

Tout d'abord, il faut procurer au tuberculeux et à sa famille l'assistance matérielle qui leur fait actuellement défaut. M. André Honnorat disait avec raison, à la Chambre des Députés (1) : « Tant qu'on n'aura pas organisé l'assistance aux familles des tuberculeux, on aura rien fait ». Jusqu'ici, on n'a accordé au tuberculeux qu'une assistance médicale. Cette assistance ne peut suffire. Le tuberculeux soigné à domicile a besoin de secours ; lorsqu'il entre au sanatorium, on doit venir en aide à sa famille.

Le sanatorium n'a aucune raison d'être si cette mesure n'est pas appliquée, car, à l'heure actuelle, il n'est ouvert,

(1) Séance du 6 mars 1919. J. O. D. P. Chambre, S. O. 1919, page 1025.

en fait, qu'aux célibataires, le malade chargé de famille ne consentant pas à quitter son logis quand il sait que son départ doit laisser les siens dans le plus profond dénuement.

Nous souhaitons aussi que l'isolement à l'hôpital soit enfin imposé par la loi.

Enfin, il est indispensable que deux mesures — dont l'importance est indiscutable — soient prescrites : la déclaration obligatoire de la tuberculose et l'interdiction de l'alcool.

Seule, la déclaration obligatoire peut assurer la documentation, l'orientation et le contrôle de l'action anti-tuberculeuse. L'interdiction de l'alcool limitera le nombre des terrains bien préparés à recevoir le mal.

D'autres mesures aussi devraient être prises : il serait nécessaire d'encourager davantage encore la construction des habitations à bon marché, seul remède contre le taudis ; il conviendrait aussi de faire l'éducation anti-tuberculeuse de la masse, en lui faisant connaître la véritable nature du mal et les moyens qui lui permettraient de s'en préserver.

Mais le programme que nous venons de tracer rapidement — et c'est évidemment son point faible — entraînerait des dépenses excessivement lourdes pour le pays ! En étudiant la loi du 7 septembre 1919, nous manifestons déjà des craintes que le législateur de 1930 ne recule effrayé devant les crédits élevés qu'il aurait à voter pour l'application de la loi, et cependant les crédits auxquels nous faisons allusion seraient relativement peu importants auprès de ceux que notre programme de lutte anti-tuberculeuse nécessiterait.

Aussi convient-il de chercher une solution à cet angoissant problème financier. Nous croyons que ce sont les Assurances sociales qui doivent nous la fournir.

Cette loi sur les Assurances sociales, que nous attendons depuis de longues années, comblera une grave lacune de la législation française. « Nos prédécesseurs, « dit en effet M. Grinda, député, rapporteur du projet de « loi (1), ont voté une série de lois destinées à protéger « le travailleur pendant son activité productrice, aucune « loi ne permet de lui venir en aide d'une façon efficace « et certaine, à l'heure où un secours lui est indispensable, quand il est privé de son salaire par suite de « causes physiques telles que la maladie, l'invalidité. »

Le vote de cette loi présente, à nos yeux, le plus grand intérêt, la tuberculose étant, en effet, une maladie sociale, aucune n'est plus justiciable d'être couverte dans ses risques par une assurance ayant un caractère social.

Grâce à cette loi, les ressources financières nécessaires à l'organisation complète de la lutte anti-tuberculeuse peuvent être trouvées. Celles-ci doivent résulter, en effet, du nombre élevé d'assurés et des garanties qu'offrent les participants.

Cette loi nous intéresse aussi à un autre point de vue, car elle est, en effet, une loi de prévention.

On comprend aisément que les caisses d'assurance-maladie auront intérêt à prévoir le risque plutôt qu'à le couvrir, à prévenir la maladie plutôt qu'à soigner le

(1) Chambre. Annexes. S. O. 1923, 7 avril.

malade, surtout lorsque cette maladie demande des soins aussi prolongés que la tuberculose. En permettant de trouver les ressources nécessaires à la lutte, les Assurances sociales permettront aussi de limiter de plus en plus les ravages du mal.

Mais il va de soi que l'Etat doit contribuer pour une forte part au paiement des Assurances, aussi même avec le vote de cette loi sur les Assurances sociales, les charges financières que l'Etat aurait à supporter demeurerait extrêmement lourdes.

Nous croyons cependant que le nouveau budget de provoyance ne sera pas supérieur au budget actuel d'assistance, surtout lorsque la prévoyance se sera entièrement substituée à l'assistance.

En tous cas, nous estimons que quelles que soient les dépenses exigées par la lutte anti-tuberculeuse, l'Etat a le devoir d'en supporter la charge. Non seulement son devoir, mais son intérêt aussi lui imposent ces lourds sacrifices financiers qui, d'année en année, deviendront, d'ailleurs, plus légers.

Il faut, en effet, avoir toujours présent à la mémoire le jugement que portait sur la tuberculose le professeur Landouzy : « La tuberculose est le plus terrible fléau
« que la terre ait porté ; elle compte à elle seule plus de
« victimes qu'aient jamais faites les calamités les plus
« grandes, les tremblements de terre et les famines, les
« guerres les plus meurtrières, les épidémies les plus
« épouvantables. Le typhus, le choléra, la peste, en leurs
« incursions en Europe, intermittentes, rares et courtes,
« ne sont rien, si on les compare à la tuberculose qui,

« sans trêve, sur le globe fauche annuellement plus de
« deux millions de vies humaines ! »

Il faut, aussi, se rappeler les fortes paroles prononcées
à Paris, en 1903, par le Président Casimir-Périer :

« La lutte contre la tuberculose exige la mobilisation
« de toutes les forces sociales publiques ou privées,
« officielles ou volontaires. »

Le fléau tuberculeux est un facteur d'affaiblissement
national : il nuit à la nation en temps de guerre,
puisqu'il diminue les effectifs qu'elle peut mettre en
ligne pour se défendre ; il lui nuit aussi en temps de
paix, puisqu'il entrave son essor industriel et commer-
cial, lequel est fonction, pour une large part, du nombre
des hommes vigoureux et actifs, capables, en luttant
pour gagner leur vie, d'étendre l'influence et le prestige
de la patrie. Or, c'est au moins 100.000 de ces hommes
que la tuberculose fauche annuellement en France. Si
l'on veut bien se rappeler que chaque vie humaine qui,
selon les économistes, représentait, avant la guerre, un
capital de 25.000 francs, représente, actuellement, une
valeur d'au moins 50.000 francs, le capital anéanti est
donc, annuellement, de 5 milliards.

Il s'agit donc bien ici d'une question de vie ou de
mort, le problème se pose pour nous sous la forme
angoissante qu'Hamlet donne à son doute ; or, la France,
elle, ne doute pas, elle veut être, que ses gouvernants le
lui permettent !

FIN

